

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

του

Παπαδημητρίου Χριστόφορου

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Πρόληψη Παρέμβαση Αποκατάσταση».

Κομοτηνή

2008

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Κουστέλιος Αθανάσιος, Αναπ. Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων: Κρητικός Αλέξανδρος, Λέκτορας

3^{ος} Επιβλέπων: Πολλάτου Ελιζάνα, Επίκουρη Καθηγήτρια



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 7273/1
Ημερ. Εισ.: 23/07/2009
Δωρεά: _____
Ταξιθετικός Κωδικός: Δ
158.723
ΠΑΠ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000092604

© 2008
Χριστόφορος Παπαδημητρίου
ALL RIGHTS RESERVED

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Χριστόφορος Π. Παπαδημητρίου : Επαγγελματική εξουθένωση και φυσική δραστηριότητα εργαζομένων στην ψυχική υγεία.

(Υπό τη επίβλεψη του Αναπ. Καθηγητή κ. Αθανάσιου Κουστέλιου)

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και η σχέσης της με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι προερχότανε από μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, από διάφορες περιοχές της χώρας, της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, τα οποία αξιολογούσαν την επαγγελματική εξουθένωση και την φυσική δραστηριότητα, ενώ απάντησαν και σε ερωτήσεις που αφορούσαν τον υγιεινό τρόπο ζωής των εργαζομένων.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι μέσες τιμές για την συναισθηματική εξάντληση, την αίσθηση αποπροσωποποίησης και την εκτίμηση των προσωπικών επιτευγμάτων ήταν 16,13 (Τ.Α.=7,23), 3,90 (Τ.Α.=4,39), 37,18 (Τ.Α.=8,54). Υψηλή αίσθηση συναισθηματικής εξάντλησης παρουσίασαν 10,1% των ερωτηθέντων, υψηλή αίσθηση αποπροσωποποίησης 17,2%, ενώ 49,4 παρουσίασαν υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Τα αποτελέσματα για την ενεργειακή δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων φανέρωσε ότι 61,7% είχε χαμηλό έως μέτριο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και 38,3% υψηλό επίπεδο Φ.Δ. Ο δείκτης μάζας σώματος (Kg/m^2) σε ποσοστό 49,4% ήταν φυσιολογικός, 39,5% ελλιποβαρής και 11,1% οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι. Συνολικά τέσσερις στους δέκα επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν ακολουθούν όλα τα ημερήσια γεύματα, ενώ έξι στους δέκα καπνίζει τουλάχιστον ένα πακέτο την ημέρα και επτά στους δέκα δεν βρίσκει χρόνο για χαλάρωση ή χαλαρώνει περιστασιακά. Η Φ.Δ. δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση $F_{(2,78)} = 3,35$, $p = 0,04$.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, φυσική δραστηριότητα, επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

ABSTRACT

Christopher P. Papadimitriou: Job burnout and physical activity in mental health workers.
(Under the Supervision of Associate Professor Athanasios Koustelios)

The purpose of the present study was the examination of occupational overwhelming in professionals working in mental health and its relation to the level of physical activity. The participants in this study was 100 professionals working in units of mental health and psychosocial rehabilitation (Association of Regional Development and Mental Health), from various regions of Greece. The participants filled in questionnaires which evaluated the occupational overwhelming and physical activity and they also answered questions concerning the healthy life style of the work force.

The results revealed that the average score of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment were 16.13 (St.d=7,23), 3,90 (St.d=4,39), 37,18 (St.d=8,54). 10,1% of the people questioned presented a high sense of emotional exhaustion, 17,2% presented a high sense of depersonalization, while 49,4% presented a high sense of personal accomplishment. As far as the energy consumption of physical activity is concerned, the results showed that 61,7% of the participants shared a low average level of physical activity, while 38,5% shared a high level of physical activity. Concerning the index of body mass (BMI) 49,4% shared normal figures, 39,5% were below average and 11,1% were overweight and obese. On the whole, four out of ten professionals in mental health do not take all daily meals, while six out of ten smoke at least one package of cigarettes a day and seven out of ten do not have the time to relax, or they relax occasionally. According to the statistics physical activity was not extensively correlated with occupational overwhelming $F_{(2,78)} = 3,35, p = 0,04$.

Key words: Burnout, physical activity, professionals in mental health.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή Αθανάσιο Κουστέλιο για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω αυτή την έρευνα αλλά και για την καθοδήγηση του. Τον ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθεια του στην οριστική δομή του κειμένου και την αταλάντευτη διάθεση και υποστήριξη σε όλη την διάρκεια της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω των Λέκτορα Κρητικό Αλέξανδρο και την Επίκουρη Καθηγήτρια Πολλάτου Ελιζάνα, για την συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή.

Οφείλω ακόμη τις ιδιαίτερες ευχαριστίες στον Δρ. Νικόλαο Τσιγγίλη για την πολύτιμη βοήθεια του σε διάφορα στάδια αυτής της έρευνας.

Ευχαριστώ όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δεχθήκανε να συμμετάσχουν στην έρευνα συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια, καθώς και τους συναδέλφους που βοήθησαν στη διανομή των ερωτηματολογίων.

Την φιλόλογο και γυναίκα μου Ευαγγελία Καλαμαρά για την βοήθεια της στην σύνταξη του κειμένου και την πολύτιμη συμπαράσταση για την αποπεράτωση του μεταπτυχιακού μου διπλώματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	ix
 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	 1
1.1.Καθορισμός του προβλήματος.....	6
1.2.Σημασία της έρευνας.....	6
1.3.Σκοπός της έρευνας.....	7
1.4.Θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί.....	7
1.5.Υποθέσεις της έρευνας.....	9
1.6.Οριοθετήσεις.....	9
 2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	 10
2.1.Ορισμός της έννοιας “επαγγελματική εξουθένωση”.....	10
2.2.Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	12
2.3.Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	15
2.4.Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων στην ψυχική υγεία.....	17
2.5.Επαγγελματική εξουθένωση και στρες.....	22
2.6.Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και υγεία.....	23
2.7.Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και φυσική δραστηριότητα.....	27
2.8.Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και διατροφή.....	29

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	32
3.1. Περιγραφή του δείγματος.....	32
3.2. Όργανα μέτρησης.....	32
3.3. Διαδικασία Μέτρησης.....	34
3.4. Στατιστική Ανάλυση.....	34
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
4.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση και ανάλυση συχνοτήτων.....	35
4.1.2. Φύλο και ηλικία.....	36
4.1.3. Οικογενειακή κατάσταση.....	36
4.1.4. Θέση εργασίας και μορφωτικό επίπεδο.....	37
4.1.5. Σχέση εργασίας και χρόνια προϋπηρεσίας.....	38
4.1.6. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά – Δ.Μ.Σ.....	38
4.1.7. Διατροφικές και Υγιεινές συνήθειες.....	39
4.1.8. Μεταβολικό ισοδύναμο – MET.....	41
4.2. Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	41
4.3. Έλεγχος αξιοπιστίας.....	42
4.4. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων.....	42
4.5. Ανάλυση διακύμανσης.....	43
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	44
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	49
7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	52
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	65

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς.....	3
Πίνακας 2. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	16
Πίνακας 3. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	35
Πίνακας 4. Σχέση εργασίας.....	38
Πίνακας 5. Διατροφικές συνήθειες.....	39
Πίνακας 6. Μέση τιμή, τυπική απόκλιση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	41
Πίνακας 7. Ποσοστιαία αναλογία απαντήσεων ανά υποκατηγορία της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	42
Πίνακας 8. Αποτελέσματα συσχετίσεων με των συντελεστή Pearson, μεταξύ των παραγόντων της έρευνας.....	43
Πίνακας 9. Αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα.....	43

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.....	36
Σχήμα 2. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	36
Σχήμα 3. Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.....	37
Σχήμα 4. Κατανομή του δείγματος ως προς τη θέση εργασίας.....	37
Σχήμα 5. Κατανομή του δείγματος ως προς το Δ.Μ.Σ.....	38
Σχήμα 6. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν χαλαρώνουν.....	39
Σχήμα 7. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν καπνίζουν.....	40
Σχήμα 8. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν καταναλώνουν αλκοόλ.....	40
Σχήμα 9. Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας.....	41

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ee: Παράγοντας συνασθηματική εξάνληση.

pa: Παράγοντας προσωπικών επιτευγμάτων.

dp: Παράγοντας αποπροσωποποίηση.

M.B.I.: Maslach Burnout Inventory.

Burnout: Επαγγελματική Εξουθένωση.

Φ.Δ.: Φυσική δραστηριότητα.

Δ.Μ.Σ.: Δείκτης μάζας σώματος.

I.P.A.Q.: Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας.

M.E.T.: Μέγεθος εκτίμησης της ενεργειακής δαπάνης της Φυσικής δραστηριότητας.

.

.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτικά εξελισσόμενη κατάσταση με μακροπρόθεσμες δυσμενείς μεταβολές στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τα συναισθήματα, που επηρεάζει την ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργήσει αποτελεσματικά στον εργασιακό του χώρο με άμεσες επιδράσεις και στις υπόλοιπες πτυχές της ζωής του. Εκτός της εργασιακής του ζωής το άτομο πλήττεται τόσο στη προσωπική όσο και στη κοινωνική του ζωή, καθώς αναπόφευκτα θα μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο. Ως αποτέλεσμα αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές.

Η χρόνια σωματική και ψυχική κόπωση στην ουσία μπορεί να είναι μια «προστατευτική αντίδραση» του οργανισμού μας, που μας λέει ότι... δεν αντέχει άλλο τους ρυθμούς και πιθανόν τις επιλογές μας και απαιτεί να αλλάξουμε «πορεία». Το χρόνιο, έντονο εργασιακό στρες μπορεί προοδευτικά να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, μια κατάσταση όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για το αντικείμενο της δουλειάς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Τα τελευταία χρόνια πληθώρα ερευνών και κλινικών παρατηρήσεων συνέλαβαν στην αναγνώριση και στην συστηματική μελέτη αυτού του φαινομένου, καθώς και στις σημαντικές επιπτώσεις που έχει στο άτομο. Ο Αμερικανός ψυχαναλυτής Dr.Herbert J.Freudenberg στην προσπάθειά του να περιγράψει αυτό που βίωναν οι επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έδωσε τον ακόλουθο ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης: «Είναι μια κατάσταση κόπωσης και εξουθένωσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε μια αιτία, ένα τρόπο ζωής ή μια σχέση, που αποτυγχάνει να αποδώσει μια αναμενόμενη επιβράβευση» (Freudenberg and Richelson, 1980).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, για αυτό η συχνότητα του υπήρξε μεγαλύτερη στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στους γιατρούς, τους νοσοκόμους, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir, A. Ulosoy, M. & Ulosoy, M. F. 2003). Πάνω από 5.500 δημοσιευμένες μελέτες έγιναν για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες της υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens & Payne, 1999). Η Firth-Cozens (1997), αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελμάτων θεωρήθηκαν υψηλότερης επικινδυνότητας από άλλες, γιατί απαιτούσαν μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας, παρουσίαζαν αυξημένους κινδύνους και η επαφή με την «πελατεία» τους ήταν περισσότερο φορτισμένη συναισθηματικά. Οι κατηγορίες επαγγελματιών που εμφάνισαν τον υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν κυρίως οι εργαζόμενοι: σε ψυχιατρικές υπηρεσίες, στις πρώτες βοήθειες, στις Μ.Ε.Θ., σε ογκολογικές μονάδες και τέλος σε κλινικές με ασθενείς AIDS και άλλες χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Ο πίνακας 1. παρουσιάζει χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα 43 ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. κατά το χρονικό διάστημα 1979-1998 για τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους διάφορους επαγγελματικούς τομείς (Τικταπανίδου, 2002).

Όπως έχει παρατηρηθεί, αυτό που κάνει τους επαγγελματίες της υγείας περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους είναι αφενός το γεγονός ότι είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα (Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Harrison, R. V., & Pinneau S. R. 1975; Sutherland & Cooper, 1990) και αφετέρου στο ότι οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Cooper, C. L., Dewe, P., J. & O'Driscoll, M. P. 2001; Rees & Cooper, 1991). Επιπλέον, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άλλων επαγγελμάτων, η επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα των γιατρών τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών, ακόμα και των

συναδέλφων τους. Ακόμη, τα σφάλματά τους είναι εύκολα αντιληπτά, με πιθανές τραγικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους γιατρούς (Beechman, 2000).

Πίνακας1. Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς (Schaufeli & Enzmann, 1998) δανεισμένος από το βιβλίο “Stress in Health Professionals”, Firth-Cozens & Payne, 1999).

Επαγγέλματα	Αριθ. Δείγματος		Συναισ. εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσω. Επιτεύγματα	
	Αριθ.	N	M.O	Τυπ. Απόκλ.	M.O	Τυπ. Απόκλ.	M.O	Τυπ. Απόκλ.
Εκπαιδευτικοί	6	5,481	28.15	11.99	8.68	6.46	11.65	7.41
Επαγγελματίες κοινωνικών υπη.	7	1,631	24.29	12.79	9.47	7.16	13.45	8.55
Γιατροί	14	2,021	23.86	11.57	7.95	6.47	12.38	7.96
Νοσηλεύτριες/τες	11	1,542	23.80	11.80	7.13	6.25	13.53	8.15
Φυσιοθεραπευτές	3	479	24.03	10.77	10.59	6.46	8.64	5.93
Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	12	2,137	20.27	9.81	6.22	4.54	8.81	6.46
Ψυχολόγοι	6	1,804	19.93	9.59	6.26	4.41	8.36	6.23
Διοικητικοί	6	333	22.09	10.96	6.03	5.22	11.24	7.58
Σύνολο	39	11,270	25.33	11.65	8.19	6.26	11.50	7.52

Οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται στο γενικότερο πλαίσιο των λεγόμενων «επαγγελμάτων φροντίδας και περίθαλψης». Η «σχέση φροντίδας» αναπτύσσεται στο πεδίο της επικοινωνίας και της διαπροσωπικής επαφής ανάμεσα στο λειτουργό ή στις ομάδες λειτουργών και τον ασθενή, σε μια διαδικασία κατά την οποία συνυπάρχουν ποικίλες διαστάσεις που απαιτούν διαφορετικές ικανότητες και στάσεις. Συγκεκριμένα «εργαλειακές» (επίλυση μιας ανάγκης ή ενός προβλήματος), ορθολογικές (έκθεση επιχειρημάτων κατανόηση αποδεικτικές διαδικασίες), λειτουργικές (σύνταξη εγγράφων, σχεδίων, καλλιέργεια επαφών), επικοινωνιακές (κατανόηση,

δέσμευση), συναισθηματικές (αποδοχή και επίδειξη εμπιστοσύνης), συμβολικές (ταύτιση) και λιβαδινικές (αρεσκείας).

Το σύνολο των διαστάσεων αυτών εκτίθεται στη συναισθηματική εξάντληση, στην αποπροσωποποίηση και στα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κατά συνέπεια, η επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατόν να υποβαθμίσει τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους ασθενείς, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτουν περιορισμένα αποτελέσματα και, σε ακραίες περιπτώσεις, να ευθύνονται για την αποτυχία των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών σχεδίων. Έτσι, το γεγονός αυτό οδηγεί στην επιδείνωση της κακής κατάστασης του ασθενούς και κατ' επέκταση στην αύξηση του σχετιζόμενου με τη νόσο κοινωνικού και ανθρώπινου κόστους.

Η ευάλωτη σωματική υγεία του εργαζόμενου ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατόν να επηρεάσει επίσης και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά. Κυρίαρχα συμπτώματα της συγκεκριμένης κατάστασης αποτελούν το έντονο στρες, η ανία και το χαμηλό «ηθικό» και η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση αφενός, η παραίτηση και οι συγκρούσεις αφετέρου. Επιπλέον, πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith, J., Steptoe, A. & Cropley, M. 1999).

Το στρες στο χώρο εργασίας αναγνωρίζεται πλέον παγκοσμίως ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας της εργασίας που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις. Στατιστικά στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2003), δείχνουν ότι το στρες καταλαμβάνει σταθερά εδώ και πέντε χρόνια, τη δεύτερη θέση ανάμεσα στα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα υγείας, μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις. Ποσοστό 28% (έναν στους τρεις) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση θεωρούν το στρες ως το πιο σημαντικό πρόβλημα στο χώρο εργασίας τους. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 41 εκατομμύρια ευρωπαίους εργαζόμενους κάθε χρόνο, οι οποίοι νιώθουν άγχος που συνδέεται με την εργασία. Αυτό σημαίνει ότι εκατομμύρια εργάσιμες μέρες χάνονται (περίπου 600 εργάσιμες μέρες το

χρόνο χάνονται σε όλη την Ευρώπη λόγω ασθενειών κάθε μορφής που οφείλονται στην εργασία), ενώ το ετήσιο οικονομικό κόστος το 2002 ανήλθε στα 20 δις. ευρώ στη Ε.Ε..

Η σημασία της φυσικής δραστηριότητας στην επίτευξη και διατήρηση της υγείας του ανθρώπου έχει αναγνωρισθεί από πλήθος Διεθνών Οργανισμών. Η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες έχει θετικές επιδράσεις στη ψυχική υγεία του ανθρώπου, αφού βοηθά στην καταπολέμηση του άγχους, της κατάθλιψης και της μοναξιάς. Σημαντική είναι επίσης η συνεισφορά της Φ.Δ., όχι μόνο στην ανάπτυξη και διατήρηση υγιούς μυοσκελετικού συστήματος, αλλά και στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, του διαβήτη Τύπου II ενώ συμβάλλει επιτυχώς στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Ακόμη ελαττώνεται σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας, γιατί με τη Φ.Δ. μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς επίσης και η πιθανότητα εμφάνισης συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, όπως του εντέρου και του στήθους (Department of Health and Human Services U.S, 2002; European Food Information Council, 2006; World Health Organization 2006).

Η άσκηση είναι ευεργετική, καθώς διαλύει με φυσικό τρόπο ορμόνες, γλυκόζη και υγρά που συνήθως θα εκλύονταν στην αντίδραση στρες. Αυτό συμβαίνει γιατί η ίδια η άσκηση είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας – οδηγεί σε αλλαγές στη ροή του αίματος, στην κατανάλωση οξυγόνου, στην αρτηριακή πίεση, στους καρδιακούς παλμούς, στο ρυθμό αναπνοής και στο μεταβολικό ρυθμό (Travers & Cooper, 1996). Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η καταλληλότερη άσκηση είναι η αεροβική (Haskell, 1984; Taylor, 1995), καθώς ωφελεί ιδιαίτερα ορισμένα ζωτικά όργανα του σώματος, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, αυξάνοντας το οξυγόνο που χρησιμοποιεί το σώμα. Επιπλέον, μέσω της αεροβικής άσκησης μπορεί να ρυθμιστεί και να βελτιωθεί το σωματικό βάρος, ενώ παράλληλα μειώνονται τα επίπεδα χοληστερόλης και αποφεύγονται οι επιβλαβείς διατροφικές συνήθειες που συνήθως καταλήγουν σε παχυσαρκία (Lynch, S., Folkins, C. H. & Wilmore, J. H., 1973; Fremont & Craighead, 1987).

Η αδυναμία του εργαζομένου να χαλαρώσει αποτελεί τη βάση για μία μακρά σειρά προβλημάτων για τη σωματική και ψυχική του ευεξία γενικότερα. Αντίθετα, κάποιες τεχνικές χαλάρωσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να μειώσουν την ένταση που αισθάνονται στην εργασία τους. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι

δυνατόν να επιφέρουν συγκεκριμένες αλλαγές και βελτιώσεις στην ανθρώπινη φυσιολογία, όπως η μείωση της αρτηριακής πίεσης, ο ρυθμός της αναπνοής και της καρδιάς, η αύξηση των γνωστικών διεργασιών, καθώς και η μείωση των μυοσκελετικών και στομαχικών πόνων και η ελάττωση των τιμών της χοληστερόλης (English & Baker, 1983; Wetherall, 2002).

1.1. Καθορισμός του προβλήματος

Ο αριθμός ερευνών σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως χαμηλός (Τικταπανίδου, 2002). Ειδικά για εργαζομένους ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι έρευνες είναι πραγματικά ελάχιστες. Έρευνες για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό έχουν γίνει για άλλες δομές, όπως ογκολογικά νοσοκομεία ή τμήματα γενικών νοσοκομείων (Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός, 2006). Οι έρευνες αυτές διερευνούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, τα αίτια της και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή των επαγγελματιών.

Πέρα από την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου, έντονα εμφανής είναι η έλλειψη μεθοδολογίας πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Τα τελευταία χρόνια επισημάνθηκε η ανάγκη για λήψη μέτρων στο χώρο της ψυχικής υγείας, λόγω μάλιστα και των νέων συνθηκών που επιφέρει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που βρίσκεται σε εξέλιξη (Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός, 2006). Την ανάληψη δράσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, οφείλουν να αναλάβουν και άλλοι φορείς στο χώρο, προσαρμόζοντας τις δράσεις, στις ανάγκες του προσωπικού τους καθώς και στην ιδιαιτερότητα του πλαισίου, έτσι ώστε όχι μόνο να διασφαλισθεί η ψυχολογική και σωματική υγεία των εργαζομένων, αλλά και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών.

1.2. Σημασία της έρευνας

Η διερεύνηση των παραγόντων που ωθούν στην επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βοηθήσει, ώστε να βρεθούν οι κατάλληλοι παράμετροι που θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες, να έχουν καλύτερη απόδοση στην εργασία τους και να έχουν αισθήματα ικανοποίησης από αυτή. Συγκεκριμένα η πραγματοποίηση αυτής της έρευνας

θα συμβάλει στην διερεύνηση της ύπαρξης του φαινομένου στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στην διαπίστωση ή μη αναγκαιότητας διαχείρισης του, προκειμένου να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης. Η κατανόηση του προβλήματος και η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διορθωτικές παρεμβάσεις, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών στην εργασία τους. Επίσης μπορεί να βοηθήσει ώστε να παρουσιαστούν κάποιες συστάσεις για συγκεκριμένες παρεμβάσεις, τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο οργάνωσης, προκειμένου να μειωθούν οι συνέπειες των πηγών έντασης, στρες και απογοήτευσης.

1.3. Σκοπός της έρευνας

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αυτή καταγράφηκε με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και η σχέση της με τον υγιεινό τρόπο ζωής των εργαζομένων και των μεταβλητών της: το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, τις διατροφικές συνήθειες, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα, το αλκοόλ όπως καταγράφηκαν με την βοήθεια του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς.

1.4. Θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί

1. Επαγγελματική εξουθένωση (burnout): το σύνδρομο της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach, 1982).
2. Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στο αίσθημα του επαγγελματία, ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν είναι αρκετά για να αντεπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις του εργασιακού του χώρου. Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να συνδεθεί με σωματική κόπωση.
3. Η αποπροσωποποίηση αφορά στην απομάκρυνση-αποστασιοποίηση του επαγγελματία από τους ασθενείς του, τους οποίους αντιμετωπίζει περισσότερο ως

αντικείμενα παρά σαν ανθρώπους. Η αποπροσωποποίηση ως μηχανισμός άμυνας ενάντια στις δυσκολίες και στις συναισθηματικά φορτισμένες καθημερινές καταστάσεις, οδηγεί σταδιακά τον επαγγελματία σε μια απομάκρυνση-απρόσωπη στάση απέναντι στα προβλήματα των ασθενών του.

4. Η μειωμένη προσωπική επίτευξη εκδηλώνεται με την αναλγησία και τελικά την παραίτηση του ατόμου από κάθε προσπάθεια ανάληψης ωφέλιμων και αποτελεσματικών εργασιακών χειρισμών.
5. Εργασιακό στρες: η αντίδραση που παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν εναρμονίζονται με τις γνώσεις και τις δεξιότητές των εργαζομένων, επιδρώντας αρνητικά στην ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα και να προσαρμοστούν στις συνθήκες εργασίας τους με τρόπο αποτελεσματικό και παραγωγικό. Συνέπειες: σωματική, πνευματική ή συναισθηματική κατάρπτωση (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2002).
6. Φυσική δραστηριότητα (Φ.Δ.): ορίζεται οποιαδήποτε κίνηση του ανθρώπινου σώματος που παράγεται από τους σκελετικούς μυς, η οποία οδηγεί σε δαπάνη ενέργειας (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).
7. Μ.Ε.Τ.: Μέγεθος που χρησιμοποιείται ώστε να εκτιμηθεί η ενεργειακή δαπάνη της Φυσικής Δραστηριότητας. 1 Μεταβολικό ισοδύναμο ισοδυναμεί συμβατικά με 3,5 ml πρόσληψης οξυγόνου/ λεπτό /χιλιόγραμμα σωματικού βάρους και θεωρητικά προσεγγίζει το μεταβολισμό σε κατάσταση ηρεμίας ενός ενήλικα (American Thoracic Society/ American College of Chest Physicians, 2002).
8. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς: είναι ερωτηματολόγιο εκτίμησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της φυσικής δραστηριότητας που θα συμπληρωθεί από τον ίδιο τον συμμετέχοντα.

1.5. Υποθέσεις της έρευνας

Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι εξής:

1. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση.
2. Υπάρχει σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και φυσικής δραστηριότητας των εργαζομένων στην ψυχική υγεία.

Οι στατιστικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι εξής:

Μηδενική υπόθεση:

H₁: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν θα βιώσουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.

H₂: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν θα έχουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση με χαμηλό ποσοστό φυσικής δραστηριότητας.

H₃: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν θα έχουν χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση με υψηλό ποσοστό φυσικής δραστηριότητας.

Εναλλακτική υπόθεση:

H₁: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα βιώσουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.

H₂: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα έχουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση με χαμηλό ποσοστό φυσικής δραστηριότητας.

H₄: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα έχουν χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση με υψηλό ποσοστό φυσικής δραστηριότητας.

1.6. Οριοθετήσει

Ο αριθμός του δείγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στους οποίους διανεμηθήκανε τα ερωτηματολόγια ήταν περιορισμένος και προερχότανε από μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Οι δομές που συμμετείχανε στην ερευνητική διαδικασία ήταν οικοτροφεία, ξενώνες, κινητές μονάδες καθώς και κέντρα ημέρας της ίδιας εταιρίας σε Τρίκαλα, Λαμία, Λιβαδειά, Εύβοια, Αθήνα, Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα την Πάρο και Δυτικών Κυκλάδων με έδρα την Μύλο.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Ορισμός της έννοιας επαγγελματική εξουθένωση

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία ως φαινόμενο “ Burnout Syndrome ” προέρχεται από την αθλητική αργκό της δεκαετίας του 30 στις Η.Π.Α.. Καταδείκνυε τους αθλητές εκείνους που μετά από μεγάλες επιδόσεις δεν μπορούσαν πλέον, “καμένοι” στην κυριολεξία, να προσφέρουν τα αναμενόμενα σε αγωνιστικό επίπεδο. Αργότερα τρεις δεκαετίες μετά ο ίδιος όρος χρησιμοποιήθηκε, για να περιγράψει την σωματική και ψυχολογική κατάσταση ορισμένων εθελοντών που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών (Farber, 1983; Μεγαλοοικονόμου, 1997).

Στην συνέχεια ο όρος επαγγελματική εξουθένωση εμφανίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Αμερικανός ψυχαναλυτής Dr.Herbert J.Freudenberger χρησιμοποίησε τον συγκεκριμένο όρο για να περιγράψει μια σειρά συμπτωμάτων κόπωσης, άγχους και εξάντλησης που εμφάνιζαν οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας (Freudenberger, 1974). Οι Freudenberger & Richelson (1980), στην προσπάθεια τους να ορίσουν το συγκεκριμένο φαινόμενο, συγχέουν το burnout με έννοιες οι οποίες, αν και σχετίζονται, αποτελούν ωστόσο ξεχωριστές οντότητες (π.χ. κατάθλιψη, ματαίωση, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης).

Ο Cherniss (1980), περιέγραψε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως μια διαδικασία απεμπλοκής του ατόμου από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες. Τόνισε, ότι η αναντιστοιχία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των διαθέσιμων πηγών ενέργειας του επαγγελματία μπορεί να οδηγήσει σε μια συναισθηματική αντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από άγχος, κούραση, πίεση και εξάντληση. Αυτή η αντίδραση με τη σειρά της προκαλεί συνήθως αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά του ατόμου (π.χ. αποπροσωποποίηση), καθώς ο επαγγελματίας προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του χώρου εργασίας.

Οι Edelwich & Brodsky (1980), ανέφεραν τέσσερα στάδια μέσα από τα οποία η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται προοδευτικά: 1) Το στάδιο του ενθουσιασμού, όπου ο επαγγελματίας στο ξεκίνημα της καριέρας του μέσα σε ένα πλαίσιο ενθουσιασμού που τον διακατέχει, αναμένει να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και αμοιβή μέσα από την εργασία του. 2) Το στάδιο της αμφιβολίας και αδράνειας, όπου ο επαγγελματίας συνειδητοποιώντας ότι η εργασία του δεν μπορεί να καλύψει όλες τις προσδοκίες και ανάγκες του, απογοητεύεται ενώ αρχίζει να αμφιβάλλει για τις ικανότητες του. Παράλληλα, αναζητά τα αίτια της απογοήτευσης του στο εργασιακό περιβάλλον (π.χ. χαμηλές οικονομικές απολαβές, υπερβολικός φόρτος εργασίας, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων). 3) Το στάδιο της απογοήτευσης και ματαίωσης, όπου ο επαγγελματίας βιώνει τη ματαίωση και ουσιαστικά οδηγείται είτε στον επαναπροσδιορισμό των στόχων και των προσδοκιών του, είτε στην αποστασιοποίηση από τους ασθενείς στο χώρο εργασίας του. 4) Το τελευταίο στάδιο της αποστασιοποίησης ο επαγγελματίας χαρακτηρίζεται από την αποκινητοποίηση, την αναλγησία και τον κυνισμό του απέναντι στα προβλήματα των ασθενών.

Η Maslach (1982), χαρακτήρισε την επαγγελματική εξουθένωση σαν μια κατάσταση, η οποία διακρίνεται από τρεις διαστάσεις: 1). Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στο συναίσθημα του επαγγελματία, ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν είναι αρκετά για να αντεπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις του εργασιακού του χώρου. Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να συνδεθεί και με σωματική κόπωση. 2). Η αποπροσωποποίηση αφορά στην απομάκρυνση του επαγγελματία από τους ασθενείς του, τους οποίους αντιμετωπίζει περισσότερο ως αντικείμενα παρά σαν ανθρώπους. Η αποπροσωποποίηση, ως μηχανισμός άμυνας ενάντια στις δύσκολες και συναισθηματικά φορτισμένες καθημερινές καταστάσεις, οδηγεί σταδιακά τον επαγγελματία σε μια απόμακρη απρόσωπη στάση απέναντι στα προβλήματα των ασθενών του. 3) Το αίσθημα μειωμένης επίτευξης που εκδηλώνεται με την αναλγησία και τελικά την παραίτηση του ατόμου από κάθε προσπάθεια ανάληψης ωφέλιμων και αποτελεσματικών χειρισμών των εργασιακών ζητημάτων.

Οι Pines, A. M. & Aronson, E. (1988), χαρακτηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, η οποία μπορεί να προκληθεί με τη μακροχρόνια εμπλοκή του επαγγελματία σε συνθήκες

συναισθηματικά απαιτητικές. Ο Potter (1995), αναφέρει ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία, που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη ανικανότητα για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Εννοώντας ότι τα συμπτώματα αυτά μπορεί να επεκταθούν και σε άλλους τομείς της ζωής του ατόμου όπως η οικογενειακή του ζωή.

Όπως αναφέρεται στους Schaufeli & Buunk (1996), η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται ως μια δυσφορική και δυσλειτουργική κατάσταση σχετιζόμενη με την δουλειά σε άτομα χωρίς ψυχοπαθολογία. Η Luban (1997), ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως σταδιακή διάβρωση της ενέργειας και του πνεύματος του ατόμου με αποτέλεσμα το χρόνιο στρες. Η διάβρωση αυτή αφορά όλα τα επίπεδα εργασίας είτε κάποιος βρίσκεται σε υψηλή θέση ή έχει θέση υφισταμένου. Είναι ένα σύνδρομο που προκαλείται στον παρέχοντα την περίθαλψη, σαν αντίδραση στο χρόνιο συναισθηματικό στρες που δημιουργείται από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ του παρέχοντος την περίθαλψη και του εξυπηρετούμενου, επειδή δαπάνα την ενέργεια του για λογαριασμό άλλων. Είναι η συναισθηματική και ψυχική εξουθένωση, η μειωμένη ατομική παραγωγικότητα και η αίσθηση αποπροσωποποίησης.

2.2. Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Υπάρχουν αρκετά θεωρητικά μοντέλα που μελετούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα περισσότερα από αυτά συγκλίνουν στην ολιστική προσέγγιση των αιτιών δηλαδή, στο ότι τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν βρίσκονται μόνο στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου ή μόνο στα ιδιαίτερα χαρακτηρίστηκα του εργασιακού περιβάλλοντος. Αντίθετα είναι μια λειτουργία περιβαλλοντικών και ατομικών επιρροών (Vachon, 1987).

Σύμφωνα με τη Maslach (1982), οι εσωγενείς απαιτήσεις που πηγάζουν από τη σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου θεωρούνται κατά κύριο λόγο υπεύθυνες για την εξουθένωση του επαγγελματία (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Πιο συγκεκριμένα, τόνισε, πως οι εργαζόμενοι σε χώρους ψυχικής υγείας, εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματός τους, έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Έτσι, λοιπόν, στην προσπάθεια τους να “συνεργαστούν” σε ιδιαίτερα απαιτητικές συναισθηματικές καταστάσεις και ταυτόχρονα να φανούν αποτελεσματικοί στο έργο

τους, υιοθετούν τεχνικές αποστασιοποίησης. Ο επαγγελματίας, αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες των ασθενών “από απόσταση”, κατ’ επέκταση και με ποιο αντικειμενικό τρόπο, διευκολύνει το έργο του ενώ παράλληλα αποφεύγει την έντονη ψυχική φόρτιση. Η συναισθηματική αποστασιοποίηση αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο “διαχείρισης” των προβλημάτων των ασθενών, ενώ η αποπροσωποποίηση όχι. Θα είναι παράλειψη να μην αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι η ίδια η φύση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, κατά κάποιο τρόπο προάγει τη στρατηγική της αποπροσωποποίησης αφού το ενδιαφέρον του επαγγελματία εστιάζεται περισσότερο στα προβλήματα των ασθενών, παρά στις θετικές πτυχές της ζωής τους. Οι ασθενείς με τη σειρά τους συντηρούν την αποστασιοποιητική στάση, αφού επισκέπτονται τον επαγγελματία μόνο σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν πρόβλημα.

Βασισμένος στη θεωρητική προσέγγιση της Maslach, ο Leiter (1993), πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες σε επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, όπου ξεχώρισε και μελέτησε τις εξής τρεις κατηγορίες παραγόντων: α) εργασιακές απαιτήσεις ποσοτικού χαρακτήρα (π.χ. υπερβολικός φόρτος εργασίας) β) εργασιακές απαιτήσεις ποιοτικού χαρακτήρα (π.χ. εσωγενείς συγκρούσεις) και γ) έλλειψη πόρων (π.χ. έλλειψη υποστήριξης, έλλειψη αυτονομίας) (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Τα αποτελέσματα των ερευνών του Leiter, σε γενικές γραμμές επιβεβαίωσαν τις θεωρητικές υποθέσεις του μοντέλου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Πιο συγκεκριμένα, οι εσωγενείς απαιτήσεις καθώς και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οδηγούσαν στην συναισθηματική εξάντληση η οποία με τη σειρά της οδηγούσε στην αποπροσωποποίηση. Η τρίτη όμως διάσταση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, φάνηκε να αναπτύσσεται ανεξάρτητα από τις δύο πρώτες παραμέτρους: προσωπική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Παρ’ όλα αυτά, ο ερευνητής περιέγραψε στο μοντέλο του, ότι το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης αναπτύσσεται παράλληλα με τις άλλες δύο παραμέτρους της εξάντλησης, δεδομένης της έλλειψης πόρων.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη, η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού, η σύγκρουση ρόλων, το δυσάρεστο

και ανθυγιεινό περιβάλλον, η αβεβαιότητα για την σταδιοδρομία τους, η ανυπαρξία καθηκοντολογίου και εκπαιδευτικού προγράμματος (Pines, 1986; Pines, A. M. & Aronson, E. 1988). Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται επίσης ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και σχετίζονται με την φύση του αντικειμένου είναι οι αυξημένες απαιτήσεις και τα χαρακτηριστικά των αρρώστων και των οικογενειών τους, οι καθημερινή επαφή με των ανθρώπινο πόνο, η εμπάθεια, η έλλειψη ανατροφοδότησης, καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία της υγείας στο θάνατο ασθενών.

Άλλοι πάλι ερευνητές (Leiter & Maslach, 1988; Dekker & Schaufeli, 1995; Antoniou, 1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες, τις στάσεις και τις αντιλήψεις που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται, καθώς και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του (Firth-Cozens & Payne, 1999). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή του κατάσταση, η εκπαίδευση και η εργασιακή ή μη εμπειρία αποτελούν επίσης μεσολαβητικούς παράγοντες του εργασιακού στρες (Vachon, 1987).

Σύμφωνα με το μοντέλο άγχους της εργασίας-στην προκειμένη περίπτωση των νοσοκομείων καθώς και όλων εκείνων των χώρων όπου παρέχονται υπηρεσίες για την ψυχική υγεία- που προτείνει ο Cooper, C.L., Sloan, S.J. & Williams, S. (1988), (Cooper et. al. 2001), εντοπίζονται έξι κατηγορίες πηγών άγχους: 1) εσωγενείς παράγοντες στη δουλειά, 2) παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον ρόλο του επαγγελματία της ψυχικής υγείας στην οργάνωση του εργασιακού χώρου, 3) οι εργασιακές σχέσεις, 4) παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του επαγγελματία, 5) παράγοντες που αφορούν στη δομή και στο κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου και 6) παράγοντες που αναφέρονται στη σχέση της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή του ατόμου. Όλες οι παραπάνω πηγές άγχους ευνοούν, από τη μια μεριά, την εμφάνιση ψυχικών-σωματικών συμπτωμάτων (για παράδειγμα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αυξημένη πίεση, πόνους στο στήθος) καθώς και συμπεριφορικών αλλαγών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, που με τη σειρά τους οδηγούν σε σωματική ή ψυχική ασθένεια. Από την άλλη μεριά, η κακή οργάνωση του εργασιακού χώρου (για παράδειγμα, οι

απουσίες, οι αποχωρήσεις, τα προβλήματα στις εργασιακές σχέσεις, προβλήματα με τον ποιοτικό έλεγχο των παραγόμενων υπηρεσιών) καταλήγουν στη “νοσηρή” οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, όπου οι συχνές απεργίες, τα ατυχήματα και τελικά η αδιαφορία του εργαζόμενου επιδρούν αρνητικά τόσο στους ίδιους όσο και στην εργασία.

2.3. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η συχνή και μακροχρόνια λοιπόν έκθεση του επαγγελματία της υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του. Οι συνέπειες της εξάντλησης αυτής δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και στη συμπεριφορά του, τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή (Cushway, 1992). Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως: πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπέρταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως συναισθήματα κατάθλιψης, θυμού και απογοήτευσης και επίσης γνωστικής και ψυχικής δυσκαμψίας, έντονης κριτικής, συμπεριλαμβανόμενων της έλλειψης συγκέντρωσης και ηρεμίας. Αυτά τα συμπτώματα καταλήγουν σε ένα συναίσθημα «μειωμένης ατομικής ικανότητας». Ο επαγγελματίας αναπτύσσει έντονη αποθάρρυνση, συναίσθημα ανεπάρκειας, ενοχών και αδικίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Στο επίπεδο των συμπεριφορών διαχωρίζουμε την συμπεριφορά του ατόμου σε γενικές γραμμές μεταξύ αυτής που είναι αποτέλεσμα έντασης (όπως η υπερενεργητικότητα, το υπερβολικό κάπνισμα, η σταδιακή αύξηση στην κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ και φαρμάκων) και της χαρακτηριστικής συμπεριφοράς μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, που εμφανίζεται με τη μειωμένη παραγωγικότητα και την αύξηση του αριθμού απουσιών. Το άτομο απομονώνει τον εαυτό του από το επαγγελματικό περιβάλλον και είναι αποστασιοποιημένο από το αντικείμενο της εργασίας (Δούκα, 2003). Αν και δεν εκδηλώνουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας τα ίδια συμπτώματα, κάποια από τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία και σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (Αντωνίου, 2005).

Πίνακας 2. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ Κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/έλλειψη Ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ Αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης Στεφανιαία νόσος	Μειωμένη αυτοπεποίθηση Αποπροσωποποίηση ασθενών	Ροπή σε ατυχήματα Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων Αισθήματα αδυναμίας Καχυποψία Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας Κατάθλιψη Αποξένωση Αυξημένη ανησυχία Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων Αποτελμάτωση	

Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται με μια προοδευτικότητα και τα προβλήματα επιδεινώνονται σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε- σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας- μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας υγείας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Ορισμένες από τις σημαντικότερες ενδείξεις επαγγελματικής εξάντλησης είναι:

- Έλλειψη ενθουσιασμού
- Ασυνέπεια στα ραντεβού και στις συναντήσεις που αφορούν σε εργασιακά θέματα
- Αυξημένες υποχρεώσεις απέναντι στους στόχους, οι οποίες συνοδεύονται από μια κατάσταση εξάντλησης δυνάμεων
- Περιορισμένες επαφές με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους
- Απρόσωπη στάση και συμπεριφορά
- Έλλειψη κινήτρων για εργασία
- Έλλειψη δημιουργικότητας
- Κυνισμός και αναληψία απέναντι στα προβλήματα τρίτων
- Απώλεια κάθε ελπίδας σχετικά με τη δυνατότητα αλλαγής της κατάσταση

2.4. Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων στην ψυχική υγεία

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής έρευνας και μελέτης στις Ηνωμένες Πολιτείες καθώς και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ στην Ελλάδα, η έλλειψη σχετικών ερευνών είναι εμφανής.

Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών σε ψυχιατρικά τμήματα (πάνω από το μισό) παρουσιάζει έντονα σημάδια συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς από αυτούς, τα σημάδια αυτά αποτελούν το κίνητρο να επανεκτιμήσουν την εργασίας τους, ενώ για άλλους αφορμή για να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα (Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. & Burnard, P., 2000). Ομοίως ο Αλεκτορίδης (2003), αναφέρει ότι πάνω από το 50% των επαγγελματιών υγείας

που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές παρουσιάζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι νοσηλευτές σε ψυχιατρικές μονάδες παρουσιάζουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην επίδραση παραγόντων που αφορούν τον εργασιακό ρόλο και τις εργασιακές συνθήκες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν συναισθηματική εξάντληση, στάσεις αποπροσωποποίησης, καθώς και αισθήματα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (Λαμπριανίδου, 2001). Τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών για το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικού νοσοκομείου, δείχνουν ότι υπάρχουν ενδείξεις μέτριας επαγγελματικής εξουθένωσης, μέτριας αίσθησης αποπροσωποποίησης και υψηλής αίσθησης επαγγελματικών επιτευγμάτων (Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός 2006).

Οι σημαντικότερες πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών ψυχικής υγείας αφορούν κυρίως οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα, όπως η περικοπή του εργατικού δυναμικού, οι μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η έλλειψη ενημέρωσής τους για τις αλλαγές αυτές (Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, J., Carson, J., De Villiers, N., O'Malley, P., West, M., & McElfatrick, S. 1996). Ο Μεγαλοοικονόμου (1995), κάνει λόγο για την απομάκρυνση των εργαζομένων στα προγράμματα του Ψυχιατρείου από τη δουλειά τους, εξαιτίας των εξαιρετικά χαμηλών οικονομικών αποδοχών. Εξίσου σημαντικό σημείο αναφοράς αποτελεί και στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ασαφής ρόλος του κάθε μέλους του Ψυχιατρείου καθώς και η έλλειψη καθηκοντολογίου. Ειδικότερα η διεπαγγελματική συνεργασία, η διοικητική ικανότητα του προϊσταμένου τμήματος, η φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών, ο τύπος του ψυχιατρικού τμήματος, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς επίσης και η διαχείριση αλλαγών σε ψυχιατρικές μονάδες, βρέθηκαν ως οι παράγοντες που δημιουργούν στρες στους νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές μονάδες (Ουζούνη, 2004).

Σύμφωνα με άλλες έρευνες, οι πιο συχνές πηγές στρες σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικές μονάδες βραχείας νοσηλείας ήταν: η έλλειψη πόρων (όπως η έλλειψη επαρκούς προσωπικού για να καλύψει ενδεχόμενες επικίνδυνες περιπτώσεις), η οργανωτική δομή και οι διαδικασίες (όπως η έλλειψη υποστήριξης και η ανεπαρκής κλινική εποπτεία), οι σχέσεις και οι συγκρούσεις με τους άλλους

επαγγελματίες, ο φόρτος εργασίας, τα προβλήματα που σχετίζονται με τη νοσηλεία των ασθενών, η επαγγελματική αυτοαμφισβήτηση και η σύγκρουση ρόλων μεταξύ εργασίας και οικογένειας. Φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει στρες κυρίως από την έλλειψη επαρκούς αριθμού προσωπικού, με δεδομένο ότι οι ψυχιατρικά ασθενείς εκδηλώνουν απρόβλεπτη συμπεριφορά. Επιπλέον, η διοικητική νοσηλευτική υποστήριξη από την/τον προϊσταμένη/νο του τμήματος είναι ουσιώδης στην ανακούφιση των νοσηλευτών από το επαγγελματικό στρες (Ουζούνη, 2005).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που πάσχουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αισθάνονται ότι δεν υπάρχουν απαντήσεις στα αιτήματά τους και σε αυτά που συμβαίνουν στην υπηρεσία τους. Αισθάνονται ότι οι συνάδελφοί τους δεν είναι συνεργάσιμοι και ταυτόχρονα οι ίδιοι αισθάνονται αδύναμοι να επιφέρουν αλλαγές στο χώρο τους. Η Δούκα (2003, όπως αναφέρεται στον Cherniss, 1995), παρουσιάζοντας την έρευνα του, αναφέρει ότι τα εργατικά άτομα που περίμενε να έχουν εξελιχθεί στην εργασία τους βρέθηκαν μετά από δέκα χρόνια να υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση, ενώ τα άτομα που φαίνονταν ότι θα εμφανίσουν το σύνδρομο είχαν κάνει ριζικές αλλαγές. Συγκεκριμένα μια κοινωνική λειτουργός εγκατέλειψε το επάγγελμα της και ασχολήθηκε με βιολογικές καλλιέργειες, ενώ μια άλλη άνοιξε μεσιτικό γραφείο, φεύγοντας από το σρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον. Ο Davies (1998), στην έρευνα που έγινε στη Μεγάλη Βρετανία σε 524 κοινωνικούς λειτουργούς, έδειξε ότι το 96% θεωρούσαν τις εργασίες τους ιδιαίτερα στρεσογόνες. Το 77% ανέφεραν ότι γνώριζαν για τα σωματικά συμπτώματα που συνδέονται με το στρες και το 58% αισθάνθηκαν ότι είχαν εκδηλώσεις σωματοποιημένων συμπτωμάτων στρες. Οι Siefert, K. Jayaratne, S. & Chess, WA (1991), ομοίως αναφέρουν ότι στις Η.Π.Α ένας στους τέσσερις κοινωνικούς λειτουργούς παρουσιάζουν συναισθηματική εξάντληση.

Από τα ευρήματα ερευνών σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές/τριες), φαίνεται ότι οι νοσηλευτές/τριες βιώνουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Όσο αφορά το φύλο, οι γυναίκες δείχνουν να αναζητούν συχνότερα κοινωνική υποστήριξη από ότι οι άνδρες επαγγελματίες. Σε σχέση με την ηλικία, οι επαγγελματίες ηλικίας από 31 έως 40 ετών, κάνουν συχνότερη χρήση της στρατηγικής

“Προτεραιότητες” σε σχέση με τους επαγγελματίες ηλικίας από 20 έως 30 ετών και από 41 ετών και πάνω. Ένα ακόμα εύρημα είναι ότι οι μεγαλύτεροι επαγγελματίες κάνουν συχνότερη χρήση της στρατηγικής “Καινοτομίες” από τους νεότερους επαγγελματίες. (Μπραζιώτη, 2003).

Οι επαγγελματίες που ασκούν το επάγγελμα τους σε νοσοκομειακή ψυχιατρική δομή, φαίνεται να βάζουν προτεραιότητες σπανιότερα από όσους εργάζονται σε έξω - νοσοκομειακή δομή ψυχικής υγείας. Σχετικά με την εργασιακή εμπειρία, οι επαγγελματίες που εργάζονται από ένα έως πέντε έτη και από δεκαπέντε έως εικοσιπέντε έτη κάνουν συχνότερη χρήση της στρατηγικής αντιμετώπισης “Χόμπι και Διασκέδαση” συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται από έξι έως δεκαπέντε έτη. Επίσης βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαθέτουν αυξημένη αίσθηση της γενικευμένης αυτό - αποτελεσματικότητας, συγκριτικά με τους νεότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Μπραζιώτη, 2003).

Ο Κάντας (1996), στην προσπάθειά του να αποτυπώσει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στον ελληνικό χώρο, επιβεβαίωσε τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ενώ στην περίπτωση των γιατρών παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης. Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες βρέθηκε να βιώνουν μικρότερα επίπεδα και στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου συγκριτικά με τις γυναίκες γεγονός που πολύ πιθανά οφείλεται στους ρόλους των δύο φύλων καθώς και στις στερεότυπες αντιλήψεις της ελληνικής πραγματικότητας για τη θέση των γυναικών στην εργασία και στην οικογένεια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νεότεροι επαγγελματίες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αυτό γιατί στερούνται της πείρας των μεγαλύτερων. Επιπρόσθετα, η οικογένεια καθώς και το υποστηρικτικό περιβάλλον δείχνει να επιδρά με τρόπο ανασχετικό στην περίπτωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Τουλούμης, Μανηφάβας, Ζουμβρούλη, Μάτσα, Παντέ, Πανέτας, Κόντης, & Βερβενιώτης, (1991), μελετώντας τους δείκτες εργασιακού στρες και ψυχικής υγείας σε 416 επαγγελματίες ψυχικής υγείας βρήκε, ότι το νοσηλευτικό και το τεχνικό προσωπικό παρουσιάζει περισσότερα συμπτώματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους γιατρούς, ενώ το βοηθητικό προσωπικό παρουσιάζει ελαφρά αυξημένο εργασιακό στρες και το διοικητικό προσωπικό το υψηλότερο. Από τα δεδομένα της έρευνάς διαπιστώθηκε ότι

υπάρχει μια λιμνάζουσα κατάσταση σε όλες τις υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α., όπου ο διοικητικός υπάλληλος δεν τίθεται σε κάποια εξελικτική πορεία από πλευράς εργασίας και προσδοκίας.

Εύκολα θα υποστήριζε κανείς, ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, βιώνουν περισσότερο στρες και ματαιώσεις συγκρινόμενοι με άλλους. Η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, η υπέρ-εμπλοκή με τα εργασιακά πράγματα, οι μη-ρεαλιστικές προσδοκίες σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση των δυσδιαχείριστων καταστάσεων συνιστούν τους σημαντικότερους παράγοντες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ασφαλώς δεν μπορούμε να παραβλέψουμε μεταβλητές που σχετίζονται με τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς επίσης και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ισχύουν στους χώρους υγείας της ελληνικής πραγματικότητας (Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός, 2006).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι πράγματι υψηλότερη σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση στην ομάδα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι σημαντικά υψηλότερη (59,2%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (51,5%). Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, σε συνδυασμό με τις αυξημένες έκτακτες υπερωρίες και την έλλειψη ελέγχου εργασίας, εμφανίζονται να αντιπροσωπεύουν τους παράγοντες περιβάλλοντος εργασίας, που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση (H Imai, H. Nakao, M. Tsuchiya, Y. Kuroda, T. Katoh H., 2004).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας, οι Fothergill, Edwards, & Burnard, (2004), προσπάθησε να προσδιορίσει τους παράγοντες άγχους οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν στη φυσική εξασθένιση και την ψυχολογική καταπόνηση ψυχιάτρων. Είκοσι τρεις διεθνείς μελέτες περιλήφθηκαν στη μελέτη σχετικά με το άγχος και τη διαχείριση του, στο επάγγελμα του ψυχιάτρου. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ψυχίατροι εκθέτουν μια σειρά παραγόντων άγχους στην εργασία τους, συμπεριλαμβανομένης της πίεσης που συνδέεται με την εργασία και τις προσωπικές πιέσεις τους. Οι αυτοκτονικοί ενδιασμοί των ασθενών τους, αποτελούν μια προσωπική πίεση, που οι ψυχίατροι βρίσκουν πολύ δύσκολο να την αντιμετωπίσουν, ενώ οι

στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την υποστήριξη από τους συναδέλφους τους και τα ενδιαφέροντα τους εκτός εργασίας. Το επάγγελμα του ψυχιάτρου είναι λοιπόν στρεσογόνο και οι ψυχίατροι προσδιόρισαν διάφορους παράγοντες άγχους τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή.

Η έρευνα των Kumar, Shailesh, J. Fischer, E. Robinson, S. Hatcher, & R.N. Bhagat. (2007), κατέδειξε υψηλή επικράτηση επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και παραγόντων που συνδέονται με αυτή των ψυχιάτρων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους ψυχιάτρους ήταν ανησυχητική. Τα δύο τρίτα των ψυχιάτρων παρουσίασαν μέτριο ως υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και παράλληλα χαμηλά επίπεδα προσωπικής επίτευξης. Η επαγγελματική ικανοποίηση παρέμεινε σχετικά υψηλή, παρά τη μεγάλη επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αν και υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της επαγγελματικής ικανοποίησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.5. Επαγγελματική εξουθένωση και στρες

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αποδοθεί με πολλούς και διαφορετικούς όρους πράγμα που επιβεβαιώνει τη δυσκολία που συναντούν οι ερευνητές να το ορίσουν. Οι έννοιες στρες, κατάθλιψη και σωματική κόπωση είναι εκείνες που συχνά ταυτίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Βασιλάκη, Τρίλιβα, Μπεζεβέγκης, 2001).

Το στρες αναφέρεται σε μια διαδικασία προσωρινής προσαρμογής του ατόμου, η οποία συνοδεύεται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται το τελικό στάδιο μιας αποτυχημένης προσπάθειας προσαρμογής, η οποία απορρέει από τη συνεχή αδυναμία του ατόμου να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα χρόνιου εργασιακού στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση ωστόσο αφορά και σε λειτουργικές στάσεις και συμπεριφορές (αποπροσωποποίηση) του επαγγελματία απέναντι στους ασθενείς, στη δουλειά και στον εργασιακό του χώρο, ενώ το εργασιακό στρες δεν συνεπάγεται κατά ανάγκη τέτοιου είδους στάσεις και συμπεριφορές.

Έρευνες έχουν δείξει, ότι ο καθένας μας μπορεί εύκολα να βιώσει στρες όχι όμως επαγγελματική εξουθένωση. Επαγγελματική εξουθένωση βιώνουν κυρίως τα άτομα εκείνα, που στο ξεκίνημα της καριέρας τους θέτουν υψηλούς στόχους και έχουν μη

ρεαλιστικές προσδοκίες από το επάγγελμά τους. Επιπλέον, τα άτομα που προσπαθούν να δώσουν νόημα στη ζωή τους μέσα από την εργασία τους έχουν πολλές πιθανότητες να προσβληθούν από επαγγελματική εξουθένωση (Pines, 1993). Η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη αν και χαρακτηρίζονται από τα ίδια συμπτώματα δυσφορίας, παρόλα αυτά στην κλινική πράξη τα δυο σύνδρομα παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους που ανάγονται στην ένταση του βιώματος, στον τρόπο θεραπείας και στο πλαίσιο εμφάνισης των φαινομένων (Βασιλάκη, Τρίλιβα, Μπεζεβέγκης, 2001). Πιο συγκεκριμένα διαφέρουν προς τα εξής σημεία:

- Οι καταθλιπτικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τα αισθήματα ενοχής που βιώνουν, ενώ τα άτομα που έχουν προσβληθεί από επαγγελματική εξουθένωση εκφράζονται πολύ εύκολα και μάλιστα με τρόπο έντονο.
- Σε αντίθεση με την κατάθλιψη η οποία αφορά σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής, η επαγγελματική εξουθένωση αρχικά τουλάχιστον, περιορίζεται στο εργασιακό χώρο και μόνο.
- Ενώ τα αίτια της κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζονται με τις εμπειρίες του ατόμου κατά τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του, τα αίτια του burnout αφορούν, κατά κύριο λόγο, στις στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες.
- Η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει συγκεκριμένες δυσλειτουργικές στάσεις και συμπεριφορές, οι οποίες δεν απαντώνται στην κατάθλιψη.

Η κλινική εικόνα του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης χαρακτηρίζεται από σωματική εξάντληση, η οποία μπορεί να προκληθεί απλά και μόνο από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση αφορά στη συναισθηματική εξάντληση, η οποία πηγάζει από την επαφή του επαγγελματία με άλλους ανθρώπους και τα προβλήματά τους. Η σωματική κούραση μπορεί να ξεπεραστεί γρήγορα το burnout όχι. Η σωματική κούραση πολλές φορές συνοδεύεται από θετική αισθήματα ενώ το burnout αποτελεί μια αρνητική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται από μια βαθιά αίσθηση αποτυχίας.

2.6. Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και υγεία

Οι ειδικοί μέχρι σήμερα συστήνουν ότι για να προλαμβάνονται οι καρδιοαγγειακές παθήσεις θα πρέπει να μην καπνίζουμε, να τρώμε λιγότερο λίπος, να

εξασκούμε το σώμα μας τακτικά και να μειώνουμε την κατανάλωση αλκοόλ. Με βάση τα ευρήματα ερευνών θα πρέπει πλέον να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και καταπολέμηση της ψυχικής έντασης και του άγχους και πιο συγκεκριμένα του στρες στην εργασία μας.

Σύμφωνα με τους Kivimäki, Mika, Päivi Leino-Arjas, Ritva Luukkonen, Hilka Riihimäki, Jussi Vahtera, & Juhani Kirjonen (2002), στην 25 ετή έρευνα τους παρακολούθησαν 812 εργαζομένους. Στην διάρκεια της μελέτης παρατηρήθηκαν και καταγράφηκαν δεδομένα και μετρήσεις του στρες, της αρτηριακής πίεσης, τα επίπεδα χοληστερόλης, του δείκτη μάζας σώματος, κλινική εξέταση και συμπλήρωση σχετικών ερωτηματολογίων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχουν δυο βασικές καταστάσεις, που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου λόγω καρδιοπαθειών, σε εργαζομένους που κατά την έναρξη της έρευνας ήταν υγιείς. Οι δυο αυτές καταστάσεις ήταν το άγχος στην εργασία και ανισότητα μεταξύ προσφοράς και ανταμοιβής. Οι εργαζόμενοι που κατά την αρχή της έρευνας ήταν υγιείς και στην συνέχεια παρουσίαζαν τις πιο πάνω καταστάσεις, που χαρακτηρίζουν το ψυχικό άγχος και την ένταση στην εργασία, είχαν διπλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν λόγω καρδιακού προβλήματος. Επίσης οι εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο στρες, είχαν αυξημένη χοληστερόλη και υψηλό δείκτη μάζας σώματος. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι πράγματι το εργασιακό στρες είναι αιτία επιδείνωσης της υγείας των εργαζομένων και κατά πρώτο λόγο επηρεάζεται το καρδιακό σύστημα.

Η ατμόσφαιρα που επικρατεί στο εργασιακό περιβάλλον έχει αντίκτυπο στη υγεία των εργαζομένων. Σύμφωνα με δεδομένα που ήδη υπάρχουν η επιρροή του προϊστάμενου είναι δυνατόν να συσχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα λόγω καρδιακών παθήσεων των υφισταμένων στα κατώτερα στρώματα της οργανικής ιεραρχίας. Να σημειωθεί ότι μια αύξηση των 10 mmHg στην συστολική πίεση και μια αύξηση των 5 mmHg στην διαστολική πίεση, αυξάνουν κατά 16% τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο της καρδιάς και κατά 38% τον κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι Wager, Fieldman, & Hussey (2003), για να διευκολύνουν περισσότερο το ζήτημα, εξέτασαν την επιρροή της προσωπικότητας του προϊστάμενου σε 28 εργαζόμενες γυναίκες φροντίστριες υγείας, ηλικίας από 18 έως 45 ετών. Οι γυναίκες απάντησαν σε σχετικά ερωτηματολόγια και κατανεμήθηκαν σε δυο ομάδες ανάλογα με το αν νιώθουν ότι ο προϊστάμενος του ήταν δίκαιος ευγενικός ή όχι. Οι εργαζόμενες

έτυχαν παρακολούθησης κατά την εργασία τους για τρεις ημέρες. Ταυτόχρονα γίνονταν μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης κάθε 30 λεπτά για ένα σύνολο 12 ωρών κάθε ημέρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που εργάζονταν μαζί με έναν προϊστάμενο των οποίων θεωρούσαν μη δίκαιο, παρουσίαζαν μια αύξηση της συστολικής τους πίεσης της τάξης των 15 mmHg και αύξηση της διαστολικής πίεσης της τάξης των 7 mmHg. Αντίθετα οι εργαζόμενες γυναίκες που ένιωθαν ότι ο προϊστάμενος τους ήταν δίκαιος, λογικός και ευγενικός παρουσίαζαν μια μικρή πτώση της αρτηριακής τους πίεσης.

Οι επιστήμονες, εδώ και χρόνια, υποψιάζονται ότι το στρες επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα λόγω των ορμονών που εκκρίνονται κατά τη διάρκεια του και που επηρεάζουν αρνητικά τους μηχανισμούς και τα κύτταρα που εμπλέκονται στην άμυνα του οργανισμού. Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού μας, είναι υπεύθυνο για την εξουδετέρωση των μικροοργανισμών που μας επιτίθενται καθημερινά, για την καταστολή των μολύνσεων που υφιστάμεθα, για την εξάλειψη καρκινικών κυττάρων που εμφανίζονται συχνά σε ιστούς και όργανα του σώματος μας. Οι διαταραχές και οι ανεπάρκειες που είναι δυνατόν να παρουσιάσει το ανοσοποιητικό σύστημα εμπλέκονται στη γένεση πολλών ασθενειών συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου. Μια από τις θεωρίες γένεσης του καρκίνου υποστηρίζει ότι η ανεπάρκεια εξουδετέρωσης καρκινικών κυττάρων που μπορούν ανά πάσα στιγμή να εκδηλωθούν στον οργανισμό μας, οδηγεί στην ανάπτυξη νεοπλασιών με δυνατότητα μετάστασης τους.

Πρόσφατα μια μεγάλη αναλυτική εργασία των Segerstrom, Suzanne, Miller, & Gregory (2004), εξέτασε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα από 293 έρευνες που έγιναν σχετικά με το θέμα κατά τα τελευταία 30 χρόνια: 1. Το στρες πράγματι επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα με πολύ ισχυρούς τρόπους. 2. Όταν το στρες είναι βραχυπρόθεσμο, ενεργεί θετικά και βοηθά το ανοσοποιητικό σύστημα. 3. Όταν το στρες είναι χρόνια και παρατεταμένο, καταστέλλει το σύστημα άμυνας του οργανισμού μας. Όσο πιο μακροχρόνιο είναι το στρες, τόσο πιο πολύ παρουσιάζονται αρνητικές επιπτώσεις στα κύτταρα και στους μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος. 4. Το ανοσοποιητικό σύστημα των ηλικιωμένων ή αυτών που ήδη πάσχουν από κάποια ασθένεια, είναι περισσότερο ευάλωτο στις αρνητικές επιπτώσεις του στρες.

Το στρες προκαλεί διαταραχές στην δυνατότητα του οργανισμού να επεξεργάζεται το ζάχαρο. Υπάρχουν μάλιστα άνθρωποι με γεννητικό υπόστρωμα που

τους κάνει πιο ευάλωτους στις διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης και το στρες επιδεινώνει την κατάσταση. Το εργασιακό στρες πιθανών να έχει μια πιο άμεση επίδραση στους φυσιολογικούς μηχανισμούς του οργανισμού προκαλώντας διαταραχές του ορμονικού μεταβολισμού ρύθμισης της γλυκόζης οδηγώντας στο διαβήτη.

Οι Melamed, Shirom, Toker, & Shapira (2006), ανέφεραν ότι εργαζόμενοι που παρουσίαζαν εργασιακή εξάντληση είχαν 1,8 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από διαβήτη τύπου II. Οι εργαζόμενοι που μελετήθηκαν ήσαν υγιείς στην αρχή της έρευνας που διήρκεσε από το 1998 ως το 2003. Το 77% των εργαζομένων ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας ήταν 43 ετών. Στο 50% των εργαζομένων βρέθηκε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση και από το σύνολο των συμμετεχόντων, 17 παρουσίασαν διαβήτη τύπου II στην διάρκεια της έρευνας. Από τους εργαζόμενους που παρουσίασαν επαγγελματική εξουθένωση 3,2% έγιναν διαβητικοί, ενώ σε αυτούς χωρίς εργασιακή εξάντληση μόνο 1,8% παρουσίασε διαβήτη τύπου II.

Προγενέστερες μελέτες έχουν συσχετίσει γενικώς το χρόνιο στρες με τη στεφανιαία νόσο και το μεταβολικό σύνδρομο ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που είναι επιβαρυντικά για την καρδιαγγειακή υγεία και συμπεριλαμβάνουν το περιττό περικοιλιακό λίπος, τον διαβήτη και τις διαταραχές των λιπιδίων (χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων) στο αίμα. Τα ευρήματα παρέχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο έντονος ψυχολογικός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστήριξης στην εργασία, δρουν ως αιτιολογικός παράγοντας της παχυσαρκίας.

Το εργασιακό στρες μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους. Στην μελέτη των Brunner, Chandola & Marmot (2007), θέλησαν να διαπιστώσουν εάν τον ίδιο αντίκτυπο έχει και το χρόνιο εργασιακό στρες. Για να διερευνήσουν το θέμα, παρακολούθησαν επί 19 χρόνια την πορεία της υγείας 6.895 ανδρών και 3.413 γυναικών. Όλοι είχαν ηλικία 35 έως 55 ετών κατά την έναρξη της μελέτης. Όπως έγραψαν οι ερευνητές, όσοι εθελοντές ανέφεραν τουλάχιστον 3 φορές ότι περνούσαν περίοδο ιδιαίτερου εργασιακού στρες, είχαν 73% περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι σε σύγκριση με όσους ουδέποτε ένιωσαν στρες στην εργασία τους. Οι πρώτοι είχαν επίσης 61% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κεντρική παχυσαρκία με άλλα λόγια να αποκτήσουν περίμετρο μέσης μεγαλύτερη από 102 εκατοστά του μέτρου εάν ήσαν άνδρες και μεγαλύτερη από 88 εκατοστά του μέτρου εάν

ήσαν γυναίκες. Οι εθελοντές που ανέφεραν έντονο εργασιακό στρες 1 φορά στη διάρκεια της μελέτης είχαν 17% περισσότερες πιθανότητες παχυσαρκίας και κεντρικής παχυσαρκίας, ενώ όσοι ανέφεραν έντονο εργασιακό στρες σε 2 χρονικές περιόδους είχαν 24% περισσότερες πιθανότητες παχυσαρκίας και 41% περισσότερες πιθανότητες κεντρικής παχυσαρκίας.

Ελάχιστες μελέτες έχουν συσχετίσει την επαγγελματική εξουθένωση με τις μυοσκελετικές διαταραχές. Από τα αποτελέσματα τους όμως προκύπτει θετική σχέση μεταξύ του απροσδιόριστου πόνου στην περιοχή των ώμων και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Miranda, H., Viikari-Juntura, E., Heistaro, S., Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005), αλλά και γενικότερα του ανόμοιων μυοσκελετικών πόνων (Soares & Jablonska, 2004). Επίσης φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών (47%), σε σχέση με αυτούς που βιώνουν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση (36%) και χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση (28%) (Kirsi Ahola, 2007).

2.7. Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και φυσική δραστηριότητα

Στην έρευνα των Antoniou, Davidson, & Cooper (2003), βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των Ελλήνων νοσοκομειακών γιατρών που βίωναν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα εργασιακής έντασης αθλείται συστηματικά ή εφαρμόζει κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων. Αντίθετα, η συντριπτική τους πλειοψηφία συνήθως δεν κατάφερνε να ανταποκριθεί σε ένα πρόγραμμα άσκησης. Ωστόσο, υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι η άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία (Plante & Robin, 1990).

Τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η τακτική φυσική δραστηριότητα και άσκηση μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος ανακούφισης από το άγχος της καθημερινής μας ζωής, αφού μπορεί να ελαχιστοποιήσει αποτελεσματικά τις συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις του άγχους. Οι μελέτες δείχνουν ότι η άσκηση μειώνει την ένταση της αντίδρασης του άγχους και επιταχύνει το χρόνο ανάρρωσης από ένα συναισθηματικό τραύμα. Επίσης, η τακτική φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί και να αντεπεξέλθει ευκολότερα στο άγχος, αφού του δίνει ενέργεια, βελτιώνει τη γενική του υγεία και

προετοιμάζει το σώμα να λειτουργεί αποτελεσματικά σε καταστάσεις αυξημένου άγχους και έντασης.

Παράλληλα, λοιπόν, με τα άμεσα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στο σώμα και στην καρδιαγγειακή λειτουργία, όπως η βελτίωση της φυσικής δύναμης, του μυϊκού τόνου, της αναπνευστικής ικανότητας, η αύξηση της HDL (καλής) χοληστερόλης και η μείωση της LDL (κακής) χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, υπάρχουν και πολύ σημαντικές ψυχοκοινωνικές ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000). Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται η συναισθηματική κάθαρση και αποβολή της μυϊκής έντασης που προκαλούνται από το άγχος, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω της βελτίωσης της αυτοεικόνας, του αυτοελέγχου, της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης του ατόμου, χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να το βοηθήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000).

Τα παραπάνω αποτελούν έναν από τους πιθανούς μηχανισμούς για την εξήγηση της μείωσης του άγχους μέσω της άσκησης. Υπάρχουν και άλλες θεωρίες, που υποστηρίζουν ότι η άσκηση λειτουργεί σαν διάλειμμα από τις απαιτήσεις της καθημερινότητας και χαλαρώνει το άτομο. Άλλες θεωρίες βασίζονται στο ότι κατά την άσκηση έχει βρεθεί ότι απελευθερώνονται κάποιες ουσίες (ενδορφίνες) που δρουν σαν φυσικά αναλγητικά, και παράλληλα, μειώνονται τα επίπεδα κάποιων άλλων ουσιών (κατεχολαμίνες) που εμπλέκονται στην αντίδραση του άγχους, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους. Τέλος, υπάρχει και η άποψη ότι η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος κατά τη διάρκεια της άσκησης πιθανώς να έχει θεραπευτικά οφέλη, βοηθώντας στη χαλάρωση.

Ορισμένα από τα δημοφιλέστερα παραδείγματα αεροβικής άσκησης είναι το τζόκιν, το γρήγορο περπάτημα, ο χορός και η ποδηλασία, ενώ κάποια ψυχαγωγικά αθλήματα όπως το τένις μπορούν επίσης να βοηθήσουν το άτομο να μειώσει τη συναισθηματική του ένταση και παράλληλα να βρεθεί σε επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο ιδιαίτερα ευεργετικό για την αντιμετώπιση των πιέσεων που προκαλεί η εργασία του (Horwitz & Groves, 1985). Οι διατατικές ασκήσεις (stretching) είναι επίσης ένας πολύ καλός τρόπος για να απελευθερωθεί η ένταση και για χαλάρωση.

Οι ασκήσεις χαλάρωσης παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλη ποικιλία και περιλαμβάνουν την ενδογενή άσκηση, τη σταδιακή χαλάρωση των μυών και το διαλογισμό, που συνίσταται για μία σύντομη περίοδο πνευματικής και σωματικής χαλάρωσης (Sutherland & Cooper, 2003). Επιπλέον, έχουν αναφερθεί και άλλες μέθοδοι, όπως η βιοανάδραση, η μουσικοθεραπεία και η γιόγκα (Ragland, 1977).

2.8. Επαγγελματική εξουθένωση, στρες και διατροφή

Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία ποικίλλουν. Είναι πιθανόν να αφορούν σε ευρέως γνωστά παθολογικά προβλήματα, όπως η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, των επιπέδων χοληστερόλης, η εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων, ή η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, σε καταστάσεις δηλαδή που χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης και πιστής τήρησης συγκεκριμένου διαιτολογίου. Ωστόσο, ενδέχεται από το άγχος να προκληθούν και κάποιες νοητικές δυσλειτουργίες, όπως η προσωρινή απώλεια μνήμης και συγκέντρωσης, η δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο να σκεφτεί ή να δουλέψει κάτω από πίεση χρόνου, ο έντονος εκνευρισμός, η κατάθλιψη, ακόμα και η ζαλάδα, η αδυναμία ή η κόπωση, οι οποίες αναστέλλουν την παραγωγική διαδικασία.

Το άγχος εμφανίζεται όταν κάποιος αισθάνεται ότι οι υποχρεώσεις του έχουν αυξηθεί τόσο πολύ, που δεν μπορεί πλέον να αντεπεξέλθει σε αυτές επιτυχώς. Όταν είναι έντονο, συνεχές και επαναλαμβανόμενο, τότε μπορεί να επηρεάσει τις ψυχοσωματικές λειτουργίες καθώς και τη διατροφική συμπεριφορά. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι σε όλο τον κόσμο, υπό την επίδραση του στρες, έχουν αντικαταστήσει τα παραδοσιακά γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό) με γρήγορα, προμαγειρεμένα, πλαστικοποιημένα φαγητά στο γραφείο ή στο σπίτι, τα οποία είναι πλούσια σε κορεσμένο λίπος, νάτριο και χοληστερόλη, και φτωχά σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι σημειώνονται αλλαγές τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα των τροφών που καταναλώνονται υπό επίδραση στρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις το αγχώδες άτομο παρουσιάζει τάσεις πολυφαγίας, ξεπερνά δηλαδή το σημείο κορεσμού της πείνας, καθώς η τροφή δρα ως ηρεμιστικό για τον εγκέφαλο. Επίσης, ξαχνά να πίνει πολύ νερό κατά τη διάρκεια της ημέρας και σε συνδυασμό με την πολυφαγία οδηγούνται στην παχυσαρκία (Κάζης, 2007).

Στην ουσία πρόκειται για ένα φαύλο κύκλο. Το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις πολύ συχνά στρέφεται σε μια ανθυγιεινή και χωρίς καθορισμένο ωράριο διατροφή. Η αλλαγή όμως των διατροφικών του συνηθειών επιτείνει το άγχος και έχει άμεσες επιβαρυντικές επιπτώσεις στην υγεία του, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο και φυσικά με συστηματική εκγύμναση. Είναι επιστημονικά αποδεκτό ότι με το φαγητό καταπολεμάτε το άγχος, διότι ενεργοποιείται συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου και εκκρίνονται χημικές ουσίες, οι νευρομεταβιβαστές, οι οποίες απελευθερώνονται όταν το άτομο αισθανθεί χαρά και ικανοποίηση. Στην πραγματικότητα δηλαδή ο ανθρώπινος εγκέφαλος φαίνεται ότι έχει συσχετίσει την πρόσληψη της τροφής με ευχάριστα και χαλαρωτικά συναισθήματα. Συγκεκριμένες θρεπτικές ουσίες που ανιχνεύονται στα τρόφιμα καθορίζουν και την ποσότητα των νευρομεταβιβαστών που θα παραχθούν από τον εγκέφαλο, και κατά συνέπεια ρυθμίζουν και τα επίπεδα του στρες (Κάζης, 2007).

Οι Greeno & Wing (1994), αναφέρουν ότι όταν απειλούμαστε, το σώμα διεγείρει αυτόματα την απάντηση «πάλης ή πτήσης». Ένα ξέσπασμα αδρεναλίνης οδηγεί το αίμα στον εγκέφαλο, την καρδιά και τους μυς και μακριά από το πεπτικό σύστημα, προετοιμάζοντάς μας να τρέξουμε ή να παλέψουμε. Θεωρείται ότι παρουσιάζουμε αυτόν τον τύπο αντίδρασης ακόμα και όταν η απειλή ή ο παράγοντας άγχους είναι ψυχολογικός ή συναισθηματικός παρά σωματικός. Αυτή η κατάσταση αφύπνισης θα έπρεπε να καθιστά τους ανθρώπους ανίκανους να φάνε ή να τους κάνει να νιώθουν άρρωστοι. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι για μερικούς ανθρώπους το άγχος είναι μια σημαντική ώθηση προς το φαγητό και αντί να τρώνε λιγότερο όταν αγχώνονται, τρώνε περισσότερο.

Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοιο ωράριο παρουσιάζουν κατά 10-20% αύξηση των γαστρεντερικών διαταραχών. Συνήθως παραπονιούνται για γαστρικά και 12λικά έλκη τα οποία εμφανίζονται 8 φορές περισσότερο σε σχέση με τους επαγγελματίες του πρωινού ωραρίου. Η αυξημένη κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης και καπνού μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα (Ευριπίδου, 2007).

Το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να απομακρυνθεί από το πρότυπο της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής ακολουθώντας δυτικά πρότυπα διατροφής. Το

μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν παίρνει πρωινό λόγω έλλειψης χρόνου (46%), συνήθειας (34%), ενώ αυτό που παίρνει καταναλώνει μόνο καφέ (64%). Η πλειοψηφία (69%) προτιμά την κατανάλωση πρωτεϊνών και κυρίως κρέατος στο κυριότερο γεύμα της ημέρας, το μεσημεριανό (Παπαδημητρίου, Γιαννόπουλου, & Καραγιαννοπουλου, 2002).

Οι γιατροί λόγω άγχους και υποχρεώσεων δεν προσέχουν τη διατροφή τους, σιτίζονται άτακτα χωρίς προσεγμένο διαιτολόγιο και έχουν παραπανίσια κιλά (πάνω από το 30% δεν έχουν το επιθυμητό βάρος και το 42% το καταφέρνουν μερικές φορές). Εκτός τούτων οι γιατροί σε ποσοστό 54% είναι καπνιστές. Ωστόσο αν και έχουν τα πρωτεία στο κάπνισμα, σε σχέση με τους βρετανούς συναδέλφους τους τόσο ως προς τον αριθμό καπνιστών όσο και σε ποσότητα, καταναλώνουν πολύ μικρότερες ποσότητες αλκοόλ σε σύγκριση με τους γιατρούς στη Βρετανία (Antoniou et. al., 2003).

Οι εργαζόμενοι στα ελληνικά νοσοκομεία εκτίθενται σε μεγάλο ποσοστό σε παράγοντες κινδύνου (Τούντας Γ., 2008). Περίπου οι μισοί (45,6%) από τους εργαζόμενους καπνίζουν, κάνουν κακή διατροφή, δεν ασκούνται, ενώ, αν και βρίσκονται μέσα στο Νοσοκομείο, δεν κάνουν τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις. Ανά κατηγορία καπνιστές είναι το 43,3% του διοικητικού προσωπικού, το 42,5% του ιατρικού προσωπικού, το 43,5% του νοσηλευτικού προσωπικού, το 47,1% του τεχνικού προσωπικού, το 57,9% του βοηθητικού προσωπικού και του 46% του λοιπού προσωπικού. Επίσης το 63,9% των εργαζομένων έχει περιορισμένη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων. Οι γιατροί έχουν υψηλότερη κατανάλωση λαχανικών και κόκκινου κρέατος, ενώ οι εργαζόμενοι διακατέχονται σε μεγάλο ποσοστό άγχους.

Η διαχείριση του άγχους και ο έλεγχός του εξαρτώνται από το βαθμό θρέψης κάθε οργανισμού, από την ποσότητα δηλαδή της τροφής που λαμβάνει τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια του συμβάντος που προκάλεσε το άγχους. Παρ' όλα αυτά, κατά τη διάρκεια στρεσογόνων περιόδων συνήθως είτε καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες φαγητού με σκοπό να αντιμετωπιστούν τα νέα δεδομένα, είτε να ξεχνιούνται γεύματα. Η καλή διατροφή δεν θα λύσει το πρόβλημα, σίγουρα όμως θα βοηθήσει στην ισχυροποίηση του οργανισμού και στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελέσανε 81 επαγγελματίες ψυχικής υγείας εργαζόμενοι σε μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.), από διάφορες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας. Συνολικά συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια, από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για στατιστική ανάλυση τα 81. Οι συμμετέχοντες στο σύνολό τους ήταν 61 γυναίκες και 20 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας Μ.Ο.=35,81, Τ.Α.=8,266 και εύρος 22-60 έτη.

3.2. Όργανα μέτρησης

Για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI-Maslach & Jackson, 1986).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 θέματα-προτάσεις που μετρούν τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: 1) την συναισθηματική εξάντληση (9 προτάσεις), 2) την αποπροσωποποίηση (5 προτάσεις), και 3) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (8 προτάσεις). Οι απαντήσεις δίνονται από τον ερωτώμενο βάση μιας κλίμακας επτά διαβαθμίσεων: ποτέ (0), μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο (1), μία φορά το μήνα ή λιγότερο (2), μερικές φορές το μήνα (3), μία φορά τη βδομάδα (4), μερικές φορές τη βδομάδα (5), κάθε μέρα (6). Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχει όταν έχουμε υψηλές τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στην κλίμακα της προσωπικής επίτευξης. Αντίθετα χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχει όταν έχουμε χαμηλές τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και υψηλές τιμές στην κλίμακα της προσωπικής επίτευξης.

Προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία και την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου (MBI) σε διαφορετικούς επαγγελματικούς χώρους όπως, για παράδειγμα σε εκπαιδευτικούς (Kantas, & Vasillaki, 1997) και στην εκπαίδευση (Κουστέλιος & Κουστέλιου, 2001), σε αθλητές (Koustelios, A., Kellis, S. & Bagiatzis, K. 1999) και στον αθλητισμό (Κουστέλιος, A. 2000), σε επαγγελματίες υγείας (Papadatou, Anagnostopoulos, Monos, 1994). Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων υποδεικνύει ότι η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για την υποκλίμακα συναισθηματική εξάνληση είναι 0,84, για την υποκλίμακα αποπροσωποποίηση είναι 0,55 και για την υποκλίμακα έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων είναι 0,71 (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Η μέτρηση και καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας πραγματοποιήθηκε μέσω του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας (I.P.A.Q). Σύμφωνα με τους Craig, C. L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F. & Oja, P. (2003), το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει πέντε μέρη. Στα τέσσερα πρώτα καταγράφεται η συχνότητα (ώρες/ημέρα και ημέρες/εβδομάδα) και η ένταση της Φ.Δ. (έντονη και μέτρια) που σχετίζεται: 1) με την εργασία 2) με την μετακίνηση 3) με την εργασία στο σπίτι και τη φροντίδα της οικογένειας και 4) με την αναψυχή και άσκηση. Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος καταγράφεται ο χρόνος που αφιερώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες. Έτσι, δημιουργείται ένα συνεχές σκορ Φ.Δ., το οποίο αντιπροσωπεύει MET λεπτά/εβδομάδα. Παράλληλα, παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας κατηγορικού σκορ σύμφωνα με το οποίο η φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων αξιολογείται ως: υψηλή (> 3.000 MET), ικανοποιητική (≥ 5 ημέρες από 30min φυσικής δραστηριότητας μέτριας έντασης) και χαμηλή (κανένα από τα παραπάνω).

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου βρέθηκε υψηλή ($r = .82$) καθώς ελέγχθηκε στη χώρα μας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Makavelou, P., Michalopoulou, M. Makavelou, S., Ifantidou, G., Kourtesis, T. & Zetou E. 2005). Η αντίστοιχη τιμή που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι 80, ενώ ικανοποιητική είναι και η εγκυρότητα του ($r = .43$) (Craig et. al., 2003). Η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών αφορούσε ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την θέση

εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο, την σχέση εργασίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Οι ερωτήσεις των σωματομετρικών χαρακτηριστικών αφορούσαν το ύψος, το βάρος, το μέγιστο αλλά και το ελάχιστο βάρος. Η συλλογή των διατροφικών και υγιεινών ή μη συνηθειών έγινε με σχετικές ερωτήσεις όπως η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και έτοιμου φαγητού, λαχανικών και φρούτων, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.

3.3. Διαδικασία Μέτρησης

Αρχικά ζητήθηκε και αποκτήθηκε άδεια από τον πρόεδρο και το επιστημονικό συμβούλιο της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. ώστε να επιτραπεί η διεξαγωγή της έρευνας στις αντίστοιχες δομές της εταιρίας. Κατόπιν ο ερευνητής ενημέρωσε τους επιστημονικούς υπευθύνους της κάθε δομής για τους σκοπούς και το περιεχόμενο της έρευνας. Μετά την ενημέρωση και τις διευκρινήσεις το δείγμα της έρευνας ενημερώθηκε ότι η συμμετοχή του είναι εθελοντική, ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς. Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικά σε φακέλους στους επιστημονικούς υπευθύνους της κάθε δομής, συμπληρώθηκαν από επαγγελματίες ψυχική υγείας και επιστράφηκαν σε διάστημα ενός μηνός με τον ίδιο τρόπο.

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Καταρχήν οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν για την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Μετά την κωδικοποίηση έγινε οι εισαγωγή των στοιχείων σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και ακολούθησε στατιστική επεξεργασία με το πρόγραμμα S.P.S.S. Στη συγκεκριμένη έρευνα η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου S.P.S.S. 15.0 for Windows. Πιο αναλυτικά χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και ανάλυση συχνοτήτων, ακολούθησαν στατιστικές μέθοδοι υπολογισμού και ανάλυσης αξιοπιστίας (δείκτης Cronbach's α), υπολογισμού συσχετίσεων, ενώ έγινε και ανάλυση διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (one way ANOVA). Οι post-hoc αναλύσεις έγιναν με το τεστ Bonferoni και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < .05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση και ανάλυση συχνότητων

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης του δείγματος περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα (Πίνακας 3). Η συλλογή των στοιχείων έγινε βάση των απαντήσεων που δόθηκαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου και αφορούσαν φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, θέση εργασίας, μορφωτικό επίπεδο, σχέση εργασίας, χρόνια προϋπηρεσίας και σωματομετρικά χαρακτηριστικά (υπολογισμό δείκτη μάζας σώματος).

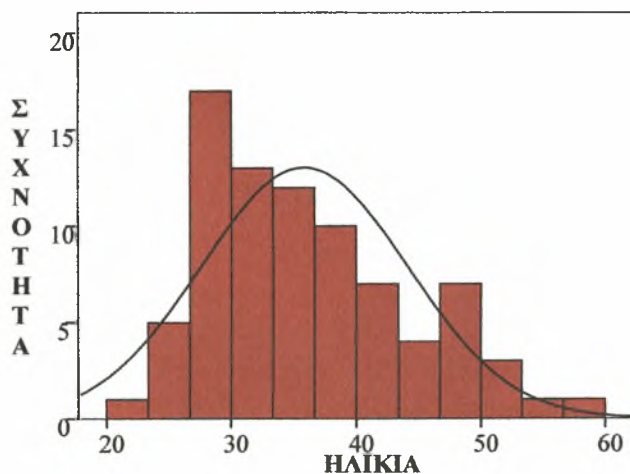
Επίσης απαντήθηκαν ερωτήσεις και συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν τον υγιεινό ή μη τρόπο ζωής των εργαζομένων όπως κάπνισμα, αλκοόλ και διατροφικές συνήθειες. Η φυσική δραστηριότητα και η επαγγελματική εξουθένωση ακολούθησαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά για να υπολογιστεί το μεταβολικό ισοδύναμο (MET), η συνασθηματική εξάνληση (ee), ο παράγοντας των προσωπικών επιτευγμάτων (pa) και η αποπροσωποποίηση (dp).

Πίνακας 3. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

Μεταβλητή	N	Ποσοστό	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμ.	Τυπική Απόκλ.
ΗΛΙΚΙΑ	81		22	60	35,81	8,27
ΒΑΡΟΣ	81		43	112	69,73	15,20
ΥΨΟΣ	81		150	189	168,21	9,00
ΔΜΣ	81		14	34	20,68	4,01
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ						
Στην υπηρεσία	81		1	6	3,09	1,57
Συνολικά			1	40	8,11	6,71
ΦΥΛΟ						
Άνδρες	81	24,7%	1	20		
Γυναίκες		75,3%	1	61		
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Έγγαμος	81	44,4%	1	36		
Άγαμος-διαζευ. Χηρ.		55,6%	1	45		
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΦΟΙΤ.						
M.Sc / PhD		16%	1	13		
AEI / TEI	81	29,6%	1	24		
ΔΕ / ΥΕ		54,3%	1	44		

4.1.2. Φύλο και ηλικία

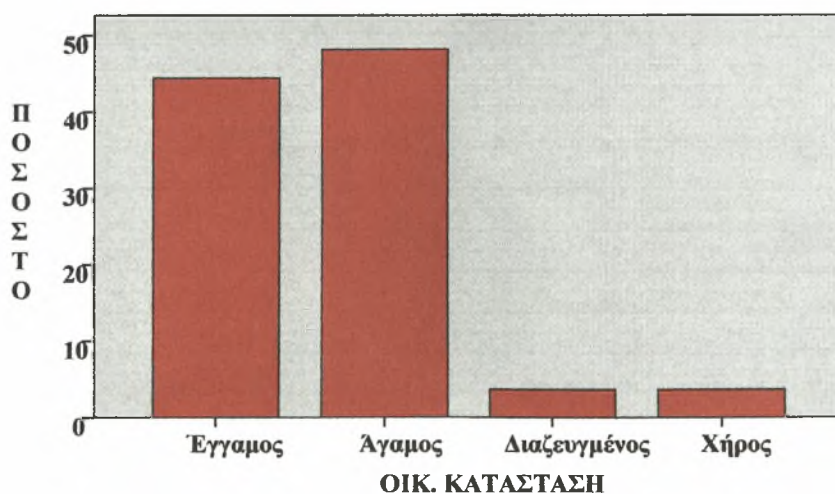
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες σε ποσοστό 75,3%, ενώ η άνδρες ήταν το 24,7%. Το ηλικιακό εύρος κυμαίνονταν από το 22ο έτος το μικρότερο έως και το 60ο έτος το μεγαλύτερο (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.

4.1.3. Οικογενειακή κατάσταση

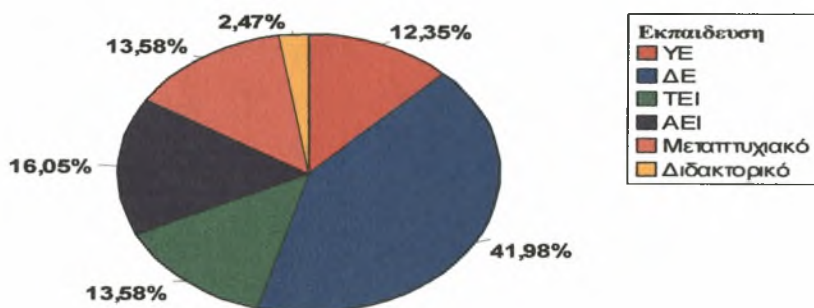
Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι σε ποσοστό 48,1% και ακολουθούσαν οι ανύπαντροι πολύ κοντά σε ποσοστό 44,1% (Σχήμα 2). Ποσοστό 3,7% ήταν διαζευγμένοι καθώς και 3,7% χήροι.



Σχήμα 2. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

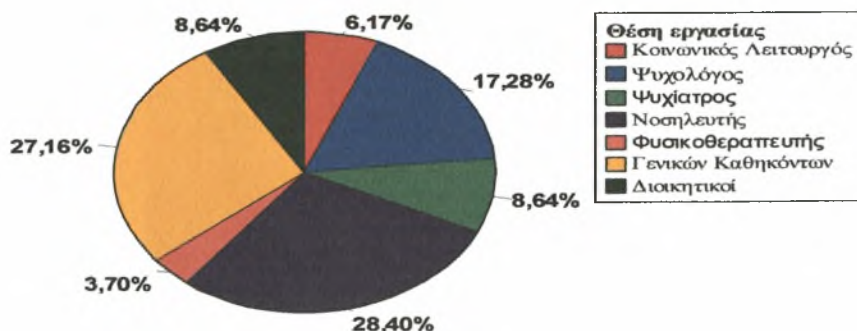
4.1.4. Θέση εργασίας και μορφωτικό επίπεδο

Όσο αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 42%, ακολουθούσαν οι απόφοιτοι ανώτερων και ανώτατων σχολών σε συνολικό ποσοστό 29,6% και οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (12,3%). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού ανερχόταν σε ποσοστό 13,6% και 2,5% αντίστοιχα (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 55,6% αφορούσε θέση εργασίας σε πόστο παροχής φροντίδας (νοσηλευτές και γενικών καθηκόντων). Οι ψυχολόγοι ακολουθούν σε ποσοστό 17,3%, οι ψυχίατροι (8,6%), οι διοικητικοί (8,6%), οι κοινωνικοί λειτουργοί (6,2%) και οι φυσικό-εργοθεραπευτές (3,7%) (Σχήμα 4).



Σχήμα 4. Κατανομή του δείγματος ως προς τη θέση εργασίας.

4.1.5. Σχέση εργασίας και χρόνια προϋπηρεσίας

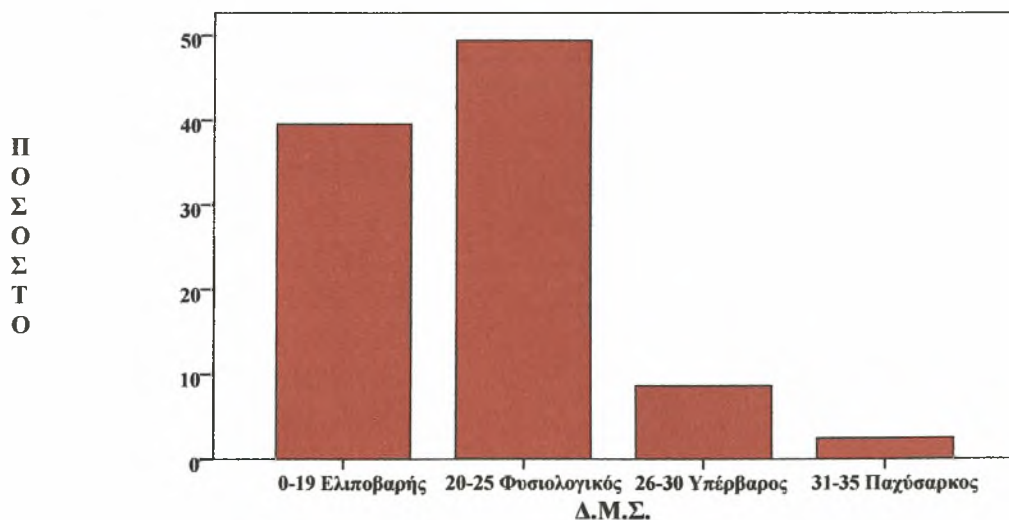
Η σχέση εργασίας των συμμετεχόντων στο μεγαλύτερο ποσοστό (86,4%) ήταν πλήρους απασχόλησης, ενώ ο μέσος όρος προϋπηρεσίας κυμαίνονταν στα 3,09 έτη για την συγκεκριμένη θέση εργασίας στην εταιρία και 8,11 έτη για τη συνολική προϋπηρεσία (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Σχέση εργασίας.

Σχέση εργασίας	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρα %	Συσσωρευτικά %
Πλήρη απασχόληση	70	86,4	86,4	86,4
Μερική απασχόληση	11	13,6	13,6	100,0
Σύνολο	81	100,0	100,0	

4.1.6. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά – Δ.Μ.Σ.

Ο μέσος όρος του βάρους, του ύψους και του ΔΜΣ των συμμετεχόντων κυμαίνονταν σε 69,73 Kg, 168,21 cm και 20,68 αντίστοιχα. Ο δείκτης μάζας σώματος (Kg/m^2) σε ποσοστό 49,4% ήταν φυσιολογικός και σε 39,5% ελλιποβαρής, ενώ σε χαμηλότερα ποσοστά ήταν συνολικά οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι (11,1%) (Σχήμα 5).



Σχήμα 5. Κατανομή του δείγματος ως προς το Δ.Μ.Σ.

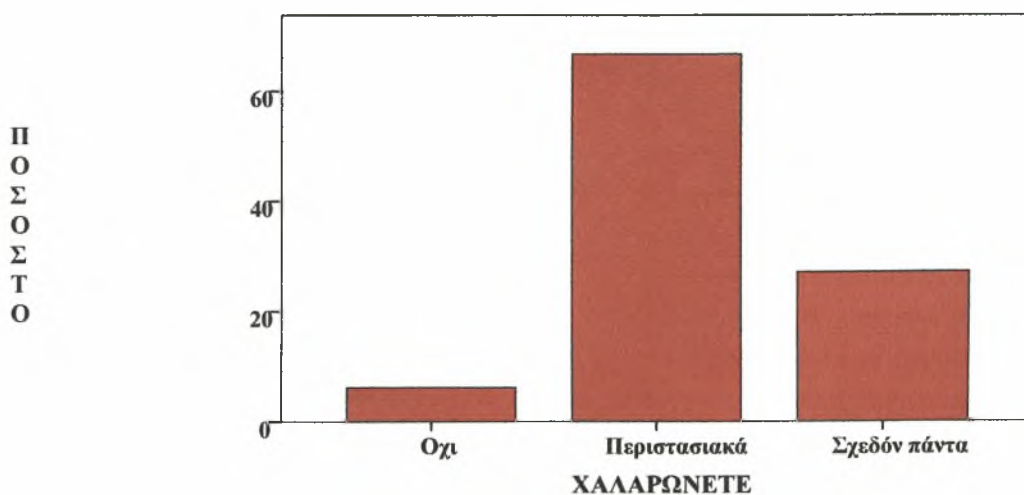
4.1.7. Διατροφικές και Υγιεινές συνήθειες

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν λαμβάνει το πρωινό τους σε ποσοστό 58%, δεν λαμβάνει το δεκατιανό σε ποσοστό 63%, το μεσημεριανό σε 18,5%, το απογευματινό σε 70,4% και το βραδινό σε 30,9%. Επίσης στο εβδομαδιαίο μενού τους δεν καταναλώνουν καθόλου ή καταναλώνουν που και που φρούτα και λαχανικά σε ποσοστό 34,5% (Πίνακας 5). Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος δύο φορές την εβδομάδα φτάνει το ποσοστό του 30,9%, τρεις φορές 12,3% και από τεσσάρων ημερών και άνω φτάνει το 21% συνολικά. Η συμμετέχοντες ανέφεραν σε ποσοστό 14,8% ότι καταναλώνουν δυο φορές την εβδομάδα ταχύ-φαγητό (φαστ φουντ), 17,3% τρεις φορές και άνω των τεσσάρων ημερών 3,6% συνολικά.

Πίνακας 5. Διατροφικές συνήθειες.

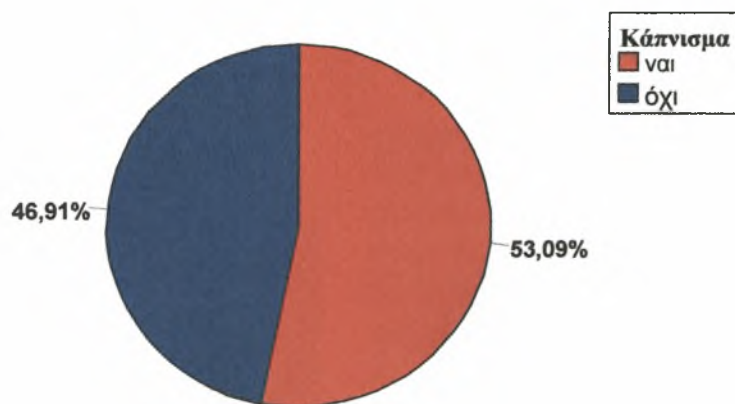
Φρούτα / λαχανικά	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρα %	Συσσωρευτικά %
Καθόλου	1	1,2	1,2	1,2
Που και που	27	33,3	33,3	34,6
Μέρα παρά μέρα	53	65,4	65,4	100,0
Σύνολο	81	100,0	100,0	

Το 72,9% αναφέρει ότι δεν βρίσκει χρόνο για να χαλαρώσει ή χαλαρώνει περιστασιακά (Σχήμα 6).



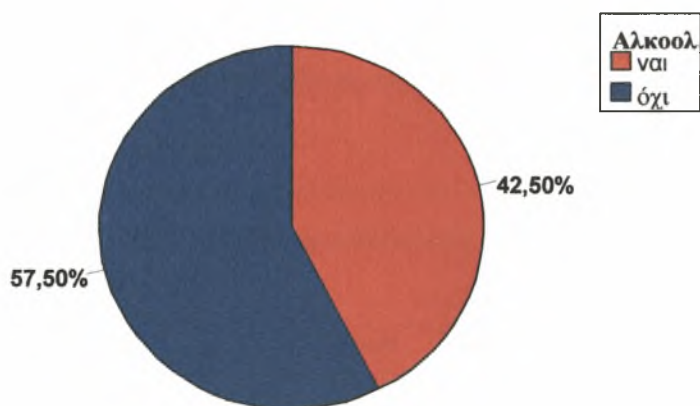
Σχήμα 6. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν χαλαρώνουν.

Στην ερώτηση εάν καπνίζουν το 53,1% απάντησε θετικά, ενώ από τους καπνιστές το 58,1% ανέφερε ότι καπνίζει από 10 έως 20 τσιγάρα ημερησίως. Το 11,1% των καπνιστών ανέφερε ότι καπνίζει πολύ περισσότερα (Σχήμα 7).



Σχήμα 7. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν καπνίζουν.

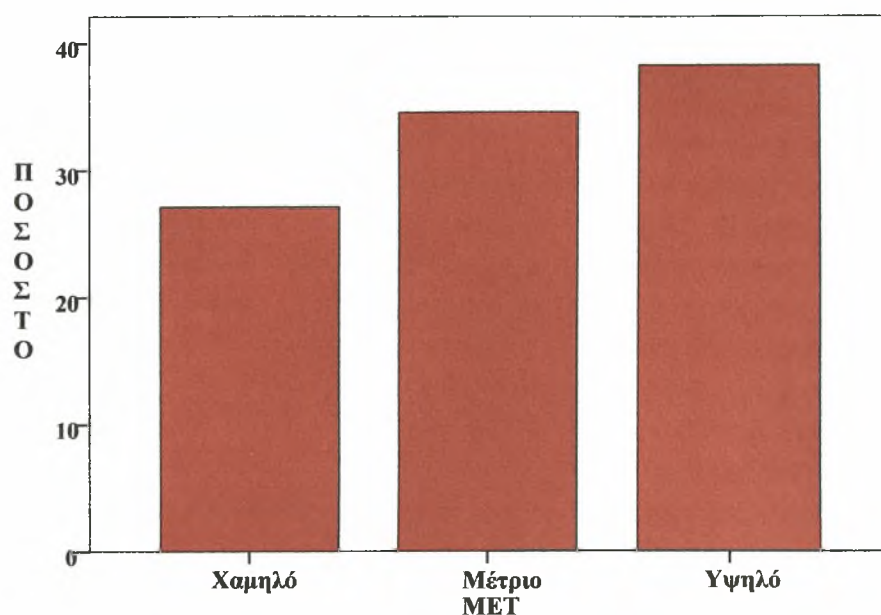
Στην ερώτηση εάν καταναλώνουν αλκοόλ το 42% απάντησε θετικά, ενώ από αυτούς το 76,5% καταναλώνει ένα με δύο ποτά την εβδομάδα και το 23,5% από τρία ποτά και άνω συνολικά (Σχήμα 8).



Σχήμα 8. Κατανομή του δείγματος ως προς το αν καταναλώνουν αλκοόλ.

4.1.8. Μεταβολικό ισοδύναμο – MET

Τα αποτελέσματα για την ενεργειακή δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων φανέρωσε ότι το 61,7% είχε χαμηλό έως μέτριο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και το 38,3% υψηλό επίπεδο Φ.Δ. (Σχήμα 9).



Σχήμα 9. Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας.

4.2. Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο παράγοντας συνασθηματική εξάνληση (ee) κατά μέσο όρο βρέθηκε 16,13, ο παράγοντας των προσωπικών επιτευγμάτων (pa) 37,18 και η αποπροσωποποίηση (dp) 3,90 (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παράγοντες	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνασθηματική εξάντ.	81	,00	44,00	16,13	8,54
Προσωπική επιτευξη	81	20,00	48,00	37,18	7,23
Αποπροσωποποίηση	81	,00	19,00	3,90	4,39

Πιο συγκεκριμένα, ποσοστό 10,1% φαίνεται να βιώνουν έντονη συναισθηματική εξάνληση και 17,2% έντονη αίσθηση ότι φέρονται απρόσωπα στους ασθενείς που φροντίζουν. Αντίθετα 49,4% αναφέρει ότι βιώνει αρκετά συχνά αίσθηση επιτευγμάτων από την προσωπική του εργασία (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Ποσοστιαία αναλογία απαντήσεων ανά υποκατηγορία της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παράγοντες	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό
Συνασθηματική εξάν.	81	,00	44,00	64%	25,9%	10,1%
Προσωπική επιτευξη	81	20,00	48,00	33,3%	17,3%	49,4%
Αποπροσωποποίηση	81	,00	19,00	66,7%	16,1%	17,2%

4.3. Έλεγχος αξιοπιστίας

Η εσωτερική συνοχή των παραγόντων του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής εξουθένωσης εξετάστηκε με βάση το συντελεστή α του Cronbach. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλες οι μεταβλητές έχουν υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για τον παράγοντα συνασθηματική εξάνληση (ee) για τις εννέα ερωτήσεις βρέθηκε υψηλή $\underline{\alpha}=0,80$. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον παράγοντα προσωπικών επιτευγμάτων (pa) για τις οκτώ ερωτήσεις βρέθηκε επίσης υψηλή $\underline{\alpha}=0,77$, ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον παράγοντα αποπροσωποποίηση (dp) για τις πέντε ερωτήσεις βρέθηκε σχετικά υψηλή $\underline{\alpha}=0,67$ τιμή η οποία είναι αποδεκτή .

4.4. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων

Η εξέταση των γραμμικών σχέσεων μεταξύ των παραγόντων έγινε βάση του συντελεστή Pearson. Η ανάλυση συσχετίσεων βρήκε θετική συσχέτιση (μέτριου επιπέδου) με τιμή $r = 0,52$, $p < 0,01$ μεταξύ του παράγοντα συνασθηματική εξάνληση (ee) και αποπροσωποποίηση (dp) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων της έρευνας (Pearson).

Μεταβλητή		1	2	3	4
1.MET	Pearson	1			
	Επίδραση Sig.				
2.Συνασθηματική εξάντ.	Pearson	,125	1		
	Επίδραση Sig.				
3.Προσωπική επιτευξη	Pearson	,150	-,200	1	
	Επίδραση Sig.		,073		
4.Αποπροσωποποίηση	Pearson	,063	,522(**)	-,159	1
	Επίδραση Sig.		,000	,156	

** Επίπεδο σημαντικότητας 0.01

4.5. Ανάλυση διακύμανσης

Η χρησιμοποίηση της στατιστικής ανάλυσης διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (one way ANOVA), δεν διαπίστωσε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών για την φυσική δραστηριότητα και την επαγγελματική εξουθένωση $F_{(2,78)}=3,35$, $p=0,04$ (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα.

		Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	Μέσο τετράγωνο	Επίδραση F	Επίδραση Sig.
Συνασθηματική εξάντληση	Μεταξύ ομάδων	461,944	2	230,972	3,349	,040
	Εντός ομάδων	5379,562	78	68,969		
	Σύνολο	5841,506	80			
Προσωπική επιτευξη	Μεταξύ ομάδων	73,042	2	36,521	,692	,504
	Εντός ομάδων	4119,180	78	52,810		
	Σύνολο	4192,222	80			
Αποπροσωποποίηση	Μεταξύ ομάδων	55,409	2	27,705	1,449	,241
	Εντός ομάδων	1491,801	78	19,126		
	Σύνολο	1547,210	80			

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η σχέσης τη με τον υγιεινό τρόπο ζωής των εργαζομένων και των μεταβλητών της: το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, τις διατροφικές συνήθειες, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα, το αλκοόλ. Για το σκοπό αυτό, το δείγμα της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν 81 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από τους οποίους 61 γυναίκες και 20 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας $M=35,81$, $SD=8,266$. Η έρευνα έλαβε μέρος σε δέκα δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας της ίδιας εταιρίας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια τα οποία απευθυνόταν στους δυο αντίστοιχα τομείς όπου η έρευνα επιδίωκε να μελετήσει, δηλαδή την επαγγελματική εξουθένωση και την φυσική δραστηριότητα.

Η επαγγελματική εξουθένωση εξετάστηκε με το ερωτηματολόγιο καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI-Maslach & Jackson, 1986). Προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία και την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου (MBI) σε διαφορετικούς επαγγελματικούς χώρους όπως, για παράδειγμα στις εξής μελέτες: 1) Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1992), 2) Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., Monos, D. (1994), 3) Κάντας, Α. (1996), 4) Kantas, A. & Vasillaki, E. (1997), 5) Koustelios, A., Kellis, S. & Bagiatis, K. (1999), 6) Κουστέλιος, Α. (2000), 7) Κουστέλιος, Α. & Κουστέλιου, Ι. (2001).

Από τα αποτελέσματα φάνηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα υποστήρηχθηκε η αξιοπιστία του και όλες η μεταβλητές βρέθηκαν να έχουν υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για τον παράγοντα συναισθηματική εξάνληση (βρέθηκε $\alpha=0,80$), των προσωπικών επιτευγμάτων (βρέθηκε $\alpha=0,77$) και την αποπροσωποποίηση (βρέθηκε $\alpha=0,67$), συνάδουν με την ανασκόπηση σχετικών ερευνών. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992;

Κάντας, Α. 1996; Kousteliou I, 1996) αναφέρουν εύρος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) 55 έως 66 για την αποπροσωποποίηση, 74 έως 84 για την συνασθηματική εξάνληση και 63 έως 77 για τον παράγοντα προσωπικών επιτευγμάτων. Οι Maslach & Jackson (1986), σε συνολικό δείγμα $N=11.000$ αναφέρουν εύρος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) από 71 για τον παράγοντα προσωπικών επιτευγμάτων έως 90 για την συνασθηματική εξάνληση.

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνασθηματικής εξάνλησης βρέθηκε 16,13 (T.A.=7,23), των προσωπικών επιτευγμάτων 37,18 (T.A.=8,54) και την αποπροσωποποίηση 3,90 (T.A.=4,39), τιμές που επίσης συνάδουν με αντίστοιχες έρευνες. Οι Maslach & Jackson (1986), αναφέρουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας (σε δείγμα $N=730$) συναισθηματικής εξάνλησης 16,89 (St.d=8,90), προσωπικών επιτευγμάτων 30,87 (St.d=6,37) και αποπροσωποποίηση 5,72 (St.d=4,62). Τα αποτελέσματα 43 ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά το χρονικό διάστημα 1979-1998 για τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας (σε δείγμα $N=2,137$) αναφέρουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση συνασθηματικής εξάνλησης 20,27 (T.A.=9,81), προσωπικών επιτευγμάτων 8,81 (T.A.=6,46) και αποπροσωποποίηση 6,22 (T.A.=4,54) (Schaufeli & Enzmann, 1998, στο βιβλίο "Stress in Health Professionals", Firth-Cozens & Payne (1999).

Το δείγμα της έρευνας δεν παρουσίασε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο οι τιμές που παρουσιάστηκαν δίνουν μια εικόνα, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν ενδείξεις ανησυχητικής επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το ποσοστό των εργαζομένων που παρουσίασε μέτρια και υψηλή συναισθηματική εξάνληση και αποπροσωποποίηση ανέρχεται στο 36% και 33,3% αντίστοιχα. Το 50,6% του δείγματος έχει χαμηλά και μέτρια προσωπικά επιτεύγματα. Συνολικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (39,9%) των εργαζομένων τέσσερις στους δέκα, βιώνουν μέτρια και υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αντίστοιχες έρευνες από τον ελληνικό (Αλεκτορίδης, 2003; Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992; Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός, 2006), αλλά και από τον διεθνή χώρο (Firth-Cozens, & Payne, 1999).



Στο σύνολό τους το προσωπικό γενικών καθηκόντων παρουσιάζει υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με το νοσηλευτικό και το επιστημονικό προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές). Μια σημαντική πτυχή του εργασιακού περιβάλλοντος του προσωπικού φροντίδας είναι ότι είναι απαραίτητοι 24 ώρες την ημέρα. Η διάρκεια της βάρδιας και ο συνδυασμός της (περιστροφή, ημέρα μόνο, νύχτα μόνο) έχουν λάβει το ενδιαφέρον σε μελέτες για την επίδραση του εργασιακού ωραρίου στη φυσική και ψυχολογική ευημερία (Fitzpatrick, J. M, While, A. E., Roberts, J. D. 1999). Η βασική εικασία αυτών των μελετών είναι ότι η διάσπαση του καθημερινού κύκλου ύπνου μπορεί να επιδρά καταστρεπτικά στη φυσική ή και διανοητική υγεία (Poissonnet, & Veron, 2000).

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι οι απαιτήσεις τις εργασίας (το ωράριο, ο φόρτος εργασίας, η χρονική πίεση, οι απαιτητικές επαφές με τους ασθενείς) είναι συσχετισμένες με τη συναισθηματική εξάντληση, και επομένως με υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση (Demerouti, E, Bakker, A, Nachreiner, F, Schaufeli, W. B., 2000). Συγκεκριμένα το ποσοστό των γενικών καθηκόντων που παρουσίασε μέτρια και υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση ανέρχεται στο 50,1% και 36,5% αντίστοιχα. Το 50,2% του δείγματος έχει χαμηλά και μέτρια προσωπικά επιτεύγματα. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε μέτρια και υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση σε ποσοστό 30,7% και 17,5% αντίστοιχα. Το 43,5% του δείγματος έχει χαμηλά και μέτρια προσωπικά επιτεύγματα. Τελικά το επιστημονικό προσωπικό παρουσίασε μέτρια και υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση σε ποσοστό 29% και 25,9% αντίστοιχα. Το 66,4% του δείγματος έχει χαμηλά και μέτρια προσωπικά επιτεύγματα. Η συνάφεια των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων της έρευνας επιβεβαιώνεται με αυτά της βιβλιογραφίας (Τουλούμης & συν., 1991; Μπραζιώτη, 2003).

Η φυσική δραστηριότητα εξετάστηκε μέσω του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας (I.P.A.Q). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου βρέθηκε υψηλή ($r = .82$) καθώς ελέγχθηκε στη χώρα μας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Makavelou et. al., 2005). Η αντίστοιχη τιμή που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι 80, ενώ ικανοποιητική είναι και η εγκυρότητα του ($r = .43$) (Craig et. al., 2003). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ενεργειακή δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων δεν

είναι υψηλή, ενώ έξι στους δέκα παρουσιάζουν χαμηλό έως μέτριο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Πιο αναλυτικά 61,7% των εργαζομένων παρουσιάζει χαμηλό έως μέτριο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και 38,3% υψηλό επίπεδο Φ.Δ. Το 37% δεν συμμετείχε καθόλου σε μέτριας και υψηλής έντασης φυσική δραστηριότητα αντίστοιχα, ενώ 40,3% ανέφερε ότι την τελευταία εβδομάδα περπάτησε για τουλάχιστον δέκα λεπτά συνεχόμενα και τις επτά ημέρες, Στην συνέχεια το 80,1% ανέφερε ότι καταναλώνει από μια έως οκτώ ώρες καθισμένος την κάθε εργάσιμη ημέρα, ενώ 19,9% περνά καθισμένος πάνω από οκτώ ώρες. Οι Antoniou et. al. (2003), αναφέρουν αντίστοιχα ότι ένα μικρό ποσοστό εργαζομένων σε μονάδες υγείας ασκούνται ή ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Ομοίως στην έρευνα του ο Τούντας Γ. (2008), αναφέρει ότι το 45,6% των επαγγελματιών υγείας είναι υποκινητικοί και δεν ασκούνται καθόλου.

Όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας για το αν η φυσική δραστηριότητα έχει σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, φαίνεται ότι δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά $F_{(2,78)}=3,35, p=0,04$. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, δεν είναι απαραίτητο ότι θα έχουν και χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η άσκηση και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας δεν μπορούν από μόνα τους να αντιμετωπίσουν το πολυδιάστατο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Άλλες πρέπει να είναι λοιπόν οι στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του.

Ωστόσο τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η τακτική φυσική δραστηριότητα και άσκηση μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος ανακούφισης από το άγχος της καθημερινής μας ζωής, αφού μπορεί να ελαχιστοποιήσει αποτελεσματικά τις συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις του άγχους. Άλλωστε τα προγράμματα φυσικής άσκησης των εργαζομένων στο διεθνή χώρο είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα, παρέχοντας ασκήσεις και δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες, ευνοούν την ευλυγισία και την αερόβια ικανότητα. Η προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας κατά την διάρκεια της εργάσιμης ημέρας εκτός του ότι επιδρά θετικά στην υγεία των εργαζομένων αυξάνει και την παραγωγικότητα, μειώνοντας τις δαπάνες για ασθένειες. Υπάρχουν λοιπόν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι η άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία (Plante & Robin, 1990).

Οι διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων στην πλειοψηφία τους φανερώνει ότι δεν λαμβάνει πρωινό σε ποσοστό 58%, δεν λαμβάνει δεκατιανό σε ποσοστό 63%, μεσημεριανό σε 18,5%, απογευματινό σε 70,4% και βραδινό σε 30,9%. Επίσης στο εβδομαδιαίο μενού τους δεν καταναλώνουν καθόλου ή που και που φρούτα και λαχανικά σε ποσοστό 34,5%. Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος δύο φορές την εβδομάδα φτάνει το ποσοστό του 30,9%, τρεις φορές 12,3% και από τεσσάρων ημερών και άνω φτάνει το 21% συνολικά. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν σε ποσοστό 14,8% ότι καταναλώνουν δυο φορές την εβδομάδα ταχύ-φαγητό (φαστ φουντ), 17,3% τρεις φορές και άνω των τεσσάρων ημερών 3,6% συνολικά.

Τα αποτελέσματα του υγιεινού τρόπου ζωής των εργαζομένων δείχνουν λοιπόν ότι το προσωπικό τείνει να απομακρυνθεί από το πρότυπο της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής ακολουθώντας δυτικά πρότυπα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν προσέχουν τη διατροφή τους, σιτίζονται άτακτα και χωρίς προσεγμένο διαιτολόγιο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (50,6%) δεν έχει τα φυσιολογικά κιλά, ενώ η πλειοψηφία προτιμά την κατανάλωση πρωτεϊνών και κυρίως κόκκινου κρέατος πάνω από δύο φορές την εβδομάδα (64,2%). Επίσης περίπου τέσσερις στους δέκα εργαζομένους έχει περιορισμένη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων και περίπου τέσσερις στους δέκα καταναλώνει εβδομαδιαίως ταχύ-φαγητό τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα. Εκτός τούτων σε ποσοστό 53,1% είναι καπνιστές και 23,5% καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και 72,8% δεν βρίσκει χρόνο για χαλάρωση ή χαλαρώνει περιστασιακά.

Τα άτομα λοιπόν που αντιμετωπίζουν καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις πολύ συχνά στρέφονται σε μια ανθυγιεινή και χωρίς καθορισμένο ωράριο διατροφή, με άμεσες επιβαρυντικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Η καλή διατροφή δεν θα λύσει το πρόβλημα, σίγουρα όμως θα βοηθήσει στην ισχυροποίηση του οργανισμού και στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Στον ελληνικό χώρο υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που εκτίμησε τις υγιεινές συνήθειες των εργαζομένων σε μονάδες υγείας (Παπαδημητρίου, Γιαννόπουλου, Καραγιαννοπούλου, 2002; Antoniou et. al., 2003; Ευριπίδου, 2007; Τούντας, 2008). Τα αποτελέσματα τους επιβεβαιώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε μεγάλο ποσοστό σε παράγοντες κινδύνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας συμπεραίνουμε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που αγγίζει πολλούς επαγγελματικούς χώρους. Ο ρόλος της φυσικής δραστηριότητας στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικός και συμπληρωματικός σε συνάρτηση και με άλλες στρατηγικές παρέμβασης. Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας δεν μπορεί από μόνο του να προλάβει ή να αποκαταστήσει την επαγγελματική εξουθένωση. Μπορεί όμως να αποτελέσει ένα βασικό εργαλείο καταπολέμησης του άγχους και της έντασης, δρώντας ως προστατευτικός μηχανισμός ενάντια στις αντίξοες εργασιακές πιέσεις. Επιπλέον βελτιώνει την εργασιακή ικανοποίηση, το ηθικό, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων (Public Health Agency of Canada, 2004). Η σημασία άλλωστε της φυσικής δραστηριότητας και τα άμεσα οφέλη σε σχέση με την υγεία έχουν γίνει γνωστά και έχουν τεκμηριωθεί εδώ και πολλά χρόνια.

Κατά αρχήν η έγκαιρη αναγνώριση της ύπαρξης της επαγγελματικής εξουθένωσης κρίνεται βασική για την επιτυχή αντιμετώπιση. Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία να μπορέσει να καταλάβει την αιτία της εργασιακής εξάντλησης και τα συμπτώματά της, αλλά και να επανεκτιμήσει τους προσωπικούς στόχους και τις προσδοκίες. Σημαντική είναι επίσης η αναζήτηση στήριξης από το περιβάλλον, η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης, η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών της υγείας, ενδεχομένως γιατί ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου που έχουν στην εργασία τους (Macan, 1994). Οι παρεμβάσεις για τη διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αύξηση της ψυχοσωματικής ευεξίας και μπορούν να συνδράμουν στην πρόληψη της έντασης και της επαγγελματικής

εξουθένωσης. Σύμφωνα με τον Adair (1982), η ορθή διαχείριση του χρόνου μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας (Αντωνίου, 2005): 1) Να αναπτύσσουν μία προσωπική αίσθηση του χρόνου. 2) Να θέτουν ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους. 3) Να αναλύουν πού, πώς και γιατί αφιερώνουν το χρόνο τους. 4) Να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις που αντιμετωπίζουν. 5) Να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες. 6) Να αναθέσουν δραστηριότητες. 7) Να μάθουν τεχνικές εξοικονόμησης χρόνου μέσα και έξω από το εργασιακό τους περιβάλλον. 8) Να χρησιμοποιούν το χρόνο τους δημιουργικά. 9) Να βρίσκουν χρόνο για ξεκούραση και διασκέδαση. 10) Να κάνουν το χρόνο σύμμαχο και όχι εχθρό τους.

Η αξία της κοινωνικής υποστήριξης είναι ανεκτίμητη, τόσο στην αντιμετώπιση του στρες και της έντασης όσο και στη γενική ευεξία των εργαζόμενων. Η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται σημαντικά με την εργασιακή ικανοποίηση αλλά και με τα επίπεδα κατάθλιψης (Sutherland & Cooper, 1992). Η σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης ως προστατευτικός μηχανισμός ενάντια στις αντίξοες εργασιακές πιέσεις και την επαγγελματική εξουθένωση δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια συνήθως βιώνουν μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες και μπορούν να αντεπεξέρχονται πιο αποτελεσματικά αποφεύγοντας δυσμενείς επιδράσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία (Αντωνίου, 2005 σύμφωνα με Kessler & McLeod, 1985).

Ωστόσο οι στρατηγικές πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και τον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου-οργανισμού. Οι Fagin et. al. (1996), έχουν προτείνει ότι πρωταρχικός σκοπός μίας παρέμβασης για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής έντασης γενικότερα θα πρέπει να αποτελεί η μείωση των ίδιων των πιεστικών εργασιακών παραγόντων που την προκαλούν. Η αλλαγή των στόχων, των μεθόδων παροχής υπηρεσιών, η βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και η εκμάθηση νέων μεθόδων διαχείρισης των προβλημάτων θα πρέπει να αποτελούν απώτερο σκοπό κάθε προγράμματος διαχείρισης και μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εκπαίδευση και η άσκηση αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του εργαζομένου, ώστε να έχει επίγνωση της κατάστασής του και να αναζητήσει βοήθεια εάν χρειαστεί.

Συγκεκριμένα η εκπαίδευση σε τακτικές σχεδιασμένες συναντήσεις (Karasek & Theorell, 1990), μπορεί να περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής

Τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας και τροποποίησης του τρόπου ζωής είναι δυνατόν να οργανώνονται τόσο μέσα στα ίδια τα νοσοκομεία όσο και σε εξωτερικούς χώρους. Αυτός ο τύπος προγράμματος μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες με στόχο να τροποποιηθούν τα επιβλαβή μοντέλα συμπεριφοράς, όπως: α) εισαγωγή προγραμμάτων καρδιαγγειακής ευεξίας, β) προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και γ) συμβουλευτικής για το χειρισμό ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Cooper, et. al., 2001). Τα προγράμματα φυσικής άσκησης των υπαλλήλων είναι διαδεδομένα μεταξύ των νοσοκομείων, στις Η.Π.Α., όπου παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και ευνοούν την ευλυγισία, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές.

Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως στα τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Η ενασχόληση με ασθενείς καλής πρόγνωσης, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων ακόμα και η ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία. Η δυνατότητα «αδειών» δίνουν επίσης την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από το χώρο εργασίας. Ακόμη και οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η δημοκρατική διοίκηση και ο προϊστάμενος κατέχουν επίσης σημαντικό ρόλο. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, συζητά τις απόψεις και τις διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης και αλληλοεξάρτησης αποφεύγοντας να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1995). Οι κλινικές εποπτείες βοηθούν σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη ικανοτήτων, γνώσεων και δεξιοτήτων (Darley, 1995), ενώ η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης επίσης επιφέρει ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι περισσότερες παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης ή στη συμβουλευτική και την προώθηση της υγείας (Cartwright & Cooper, 1997). Τα προγράμματα προώθησης και εκπαίδευσης της υγείας επιχειρούν να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου που απορρέουν από τη συμπεριφορά και οδηγούν σε ασθένειες ή σε ευάλωτη υγεία, ενώ τα αντίστοιχα προστασίας της υγείας ασχολούνται με τη διάγνωση και τον εντοπισμό των υπαρχόντων προβλημάτων. Η μορφή που θα λάβουν αυτές οι δραστηριότητες ποικίλει καθώς είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διαιτολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης, εκπαίδευση στη διαχείριση του εργασιακού στρες ή συστηματική συμβουλευτική, ακόμα και συνδυασμό όλων αυτών.

Τα προγράμματα φυσικής άσκησης των υπαλλήλων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στο διεθνή χώρο, παρέχοντας ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και ευνοούν την ευλυγισία, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές (Αντωνίου, 2005 σύμφωνα με Dishman, 1988). Η προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας κατά την διάρκεια της εργάσιμης ημέρας αυξάνει την παραγωγικότητα. Ο χώρος εργασίας δεν αποτελεί μόνο τον κατάλληλο χώρο για την προαγωγή υγιεινών συνηθειών, αλλά επιδρά και στην υγεία των ανθρώπων. Οι εργοδότες που βρίσκουν τρόπους να προάγουν την φυσική δραστηριότητα των εργαζομένων στην διάρκεια της εργάσιμης ημέρας, συμβάλουν στην γενική τους υγεία αλλά και στην εργασιακή ικανοποίηση. Τα οφέλη της συμμετοχής των εργαζομένων σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας συμβάλλουν στη μείωση των χαμένων εργάσιμων αναρρωτικών ωρών, στην μείωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και του ασφαλιστικού κόστους και στην μείωση των εργασιακών επιπτώσεων στην υγεία των εργαζομένων. Επιπλέον βελτιώνουν την εργασιακή τους ικανοποίηση και το ηθικό τους, την ικανότητα διαχείρισης του στρες, την

παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητά τους, την ευχαρίστηση τους (Public Health Agency of Canada, 2004).

Η αποτελεσματική προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας στον εργασιακό χώρο δεν απαιτεί ακριβά προγράμματα παρέμβασης. Απλές αλλαγές στο χώρο εργασίας μπορούν να κάνουν ευκολότερη την συμμετοχή τους, μετατρέποντας τους σε περισσότερο δραστήριους. Το ελαστικό ωράριο επιτρέπει για παράδειγμα την δυνατότητα των εργαζομένων να κάνουν ποδήλατο ή να συμμετέχουν σε ένα αγώνα σκουός στην διάρκεια του διαλείμματός της εργασίας τους. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να καλυφθεί ο χαμένος εργάσιμος χρόνος από το διάλειμμα στο τέλος της εργάσιμης ημέρας. Παρέχοντας λοιπόν τα μέσα, όπως ένα στατικό ποδήλατο ή και το ντους, στο χώρο εργασίας μπορούμε να ενθαρρύνουμε το προσωπικό για ανάλογη συμμετοχή. Ακόμη και θέσπιση ομάδων βάδισης, μπορεί να προάγει τόσο την φυσική δραστηριότητα όσο και την κοινωνική συνδιαλλαγή μεταξύ των εργαζομένων.

Η επιτυχημένη προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας στο εργασιακό περιβάλλον, προϋποθέτει την προσέγγιση και την στοχοποίηση των πέντε επίπεδων που σχετίζονται με την φυσική δραστηριότητα στην εργασία (Burgess, 2007): 1) Σε ατομικό επίπεδο, αποσκοπώντας στις μεθόδους που θα συμβάλουν στην αλλαγή της στάσης, των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εργαζομένων απέναντι στην φυσική δραστηριότητα. Οι εργαζόμενοι χρειάζονται να γνωρίζουν την χρησιμότητα της φυσικής δραστηριότητας, και την ποσότητα που είναι αναγκαία. Χρειάζονται να αποκτήσουν δεξιότητες που θα τους κάνουν πιο δραστήριους, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας τους να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους βάση του διαθέσιμου χρόνου και της διάθεσής τους. 2) Σε κοινωνικό επίπεδο, στοχεύοντας στις κοινωνικές σχέσεις των εργαζομένων προϋπάρχουσες και καινούργιες εντός ή εκτός εργασίας. Το παράδειγμα του προγράμματος της φυσικής δραστηριότητας στην διάρκεια μιας εργάσιμης ημέρας, δημιουργεί προϋποθέσεις ανάπτυξης των φιλικών σχέσεων. 3) Σε επίπεδο οργανισμού, σχετικά με την δέσμευση της επιχείρησης να προάγει προγράμματα φυσικής δραστηριότητας στο χώρο εργασίας, τους διαθέσιμους πόρους της σε χρόνο και χρήμα, καθώς και τον τρόπο οργάνωσης. 4) Σε επίπεδο κοινότητας, σχετικά με το πώς ο οργανισμός συνεργάζεται σε επίπεδο κοινοτικής και κυβερνητικής δράσης για την προαγωγή προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας. Παραδείγματα τέτοιας συνεργασίας,

περιλαμβάνουν τις συμφωνίες με επαγγελματίες που θα έρθουν στο χώρο εργασίας και θα προσφέρουν τις σχετικές υπηρεσίες τους, την συνεργασία με ειδικούς σχεδιαστές για την δημιουργία μονοπατιών και διαδρομών βάδισης ή και την συνεργασία με άλλους οργανισμούς που έχουν κοινούς στόχους. 5) Σε επίπεδο πολιτικής βούλησης για το εργασιακό καθεστώς του εκάστοτε οργανισμού ή επιχείρησης, όσο αφορά για παράδειγμα το ελαστικό ωράριο που θα επιτρέπει και θα ενθαρρύνει την συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να ασχοληθούν περισσότερο με την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην επαγγελματική εξουθένωση. Θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί ένα παρεμβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης και προώθησης της υγείας στον εργασιακό χώρο και να μελετηθούν οι παράγοντες που μειώνουν την επαγγελματική εξουθένωση. Θα μπορούσε επίσης η παρέμβαση να περιλαμβάνει δραστηριότητες υπό την μορφή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διατροφολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης. Με αυτό τον τρόπο θα εξασφαλιστεί μια πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη εικόνα για την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας στο εργασιακό περιβάλλον και τον ρόλο της στο πολυδιάστατο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adair, J. A. (1982). *Effective time management*. Pan: London.
- American Thoracic Society and American College of Chest Physicians (2002). ATS/ACCP statement on cardiopulmonary exercise testing. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167, 11-277.
- Αλεκτορίδης, Π. (2003). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες εργαζόμενους που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 81, 26-32.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα* 5, 183-202.
- Αντωνίου Σ. (2005). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»*.
- Antoniou, A.-S., Davidson, M.J. & Cooper, C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology* 18, 592-621.
- Antoniou, A.-S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1), 20-28.
- Beechman, L. (2000). BMA warns of stress suffered by senior doctors. *British Medical Journal (Medicopolitical digest)*, July 1.
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.

- Brunner, Eric J., Tarani, Chandola and Michael, G. Marmot. (2007). Prospective Effect of Job Strain on General and Central Obesity in the Whitehall II Study *Am. J. Epidemiology.*, 165 828 – 837.
- Burgess, J. (2007). Promoting Physical Activity at Work, *Well Spring.* 18, 2.
- Βασιλάκη, Ε., Τρίλιβα, Σ., & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Harrison, R. V., & Pinneau S. R. (1975). Job demands and worker health: Main effects and occupational difference. *US Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No 75-160.*
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1997). *Managing workplace stress.* London: Sage Publications.
- Caspersen, CJ, Powell, KE, Christenson, GM. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 100(2)126–131.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations.* New York: Preager Publisher.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond Burnout: Helping Teachers, Nurse, Therapists and Lawyers Recover From Stress and Disilusionment*, Routledge, London.
- Cooper, C.L., Sloan, S.J. & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide.* Windsor: NFER-Nelson.
- Cooper, C. L., Dewe, P., J. & O’Driscoll, M. P. (2001). *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application.* London: Sage.
- Craig, C. L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F. & Oja, P. (2003) International

- Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 35, 1381-1395.
- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.
- Darley, M. A. (1995). Clinical Supervision: The View from the Top. *Nursing Management*, 2 (3), 14-15.
- Davies, R. (1998). *Stress in Social Work*, Jessica Kingsley Pub., London.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing* 32, 454-464.
- Department of Health and Human Services U.S. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (2002). Physical activity fundamental to preventing disease.
- Dekker, S. W. A. & Schaufeli, W. B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30 (1), 57-63.
- Demir, A., Ulosoy, M. & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Δούκα, Μ. (2003). Το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης ή Burnout στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική εργασία*, 70, 97-107.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- English, E. H. & Baker, T. B. (1983). Relaxation training and cardiovascular response to experimental stressors. *Health Psychology*, 2, 239-259.

Ευριπίδου, Γ. (2007). Κυκλικό ωράριο εργασίας και νοσηλευτές, *14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής*, "Ισότητα, Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας".

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002). Research on work-related stress. Διατίθεται στην ιστοσελίδα <http://osha.europa.eu/topics/stress>.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2003). Πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και του εργασιακού άγχους στην πράξη, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Διατίθεται στην ιστοσελίδα <http://osha.europa.eu/topics/stress>.

European Food Information Council. Physical activity and health, Διατίθεται στην ιστοσελίδα: www.eufic.org/article/en/health-lifestyle/physical-activity/expid/review-physical-activity-health/.

Farber, B. (1983). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*, 97-118. New York: Pergamon Press.

Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, J., Carson, J., De Villiers, N., O'Malley, P., West M., & Mc Elfatrick, S. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International Journal of Psychiatry*, 42 (2), 102-111.

Fitzpatrick, J. M, While, A. E., Roberts, J. D. (1999). Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues. *Journal of Advanced Nursing*, 29,18-27.

Firth-Cozens, J. (1997). Stress in Health Professionals. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West R., & Mc Manus, C. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. UK: Cambridge University Press.

- Firth-Cozens, J., & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
- Fremont, J., & Craighead L. W. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 241-251.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. & Richelso G. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement*, Anchor Books, U.S.
- Fothergill, Anne, Deborah, Edwards & Philip, Burnard. (2004). Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review, *International Journal of Social Psychiatry*, 50, (1), 54-65.
- Grassi, L. & Magnani, K. (2000). Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.
- Greeno, C.G, & Wing, R.R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.
- Griffith, J., Steptoe, A. & Cropley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 69 (4), 517-531.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. & Burnard, P. (2000). Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7 (2), 127-34.
- Haskell, W. L. (1984). *Overview: health benefits of exercises*. In J.D. Matarazzo et al. (Eds). Behavioral health. New York: John Wiley & Sons.

- Horwitz, L. D. & Groves, B.M. (1985). *Signs and symptoms in cardiology*. New York: J.B. Lippincott.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y. & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care, *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Library of Congress, USA: Basic Books.
- Kessler, R. C. & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen and S.L. Syme (Eds) *Social support and health* (219-240). Orlando, FL: Academic Press.
- Kantas, A., & Vasillaki, E. (1997). Burnout in Greek teachers: main findings and validity of the Maslach Burnout Inventory. *Work and Stress*, 11, 94-100.
- Kirsi, A. (2007). Occupational burnout and health. People and Work Research Reports 81, Finnish Institute of Occupational Health Helsinki, Finland.
- Κάζης, Α. (2007). Πόσο συσχετίζεται η διατροφή σας με το stress; Μεσογειακή Διατροφή – medNutrition, <http://www.mednutrition.gr/content/view/893/164/>.
- Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3(2), 71-85.
- Koustelios, A., Kellis, S. & Bagiatis, K. (1999). Job satisfaction and burnout in sport setting: A multiple regression analysis. *European Journal for Sport Management*, 6(1), 31-39.
- Κουστέλιος, Α. (2000). Επαγγελματική εξουθένωση στον αθλητισμό. *Επετηρίδα (Annual Review)*, 1, 281-292.

- Koustelios, A. (2001a). Organizational factors as predictors of teachers' burnout. *Psychological Reports*, 88, 627-634.
- Κουστέλιος, Α., & Κουστέλιου, Ι. (2001). Επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση. *Ψυχολογία*, 8 (1), 30-39.
- Koustelios, A. (2001b). Burnout among Greek sport centers employees. *Sport Management Review*, 4(2), 151-163.
- Koustelios, A. (2003). Burnout among physical education teachers in Greece. *International Journal of Physical Education*, 1, 32-38.
- Kousteliou, I. (1996). The relationship between burnout and Job satisfaction among Greek teachers'. Unpublished master's thesis, Univer. of Manchester, U.K.
- Kumar, Shailesh, J. Fischer, E. Robinson, S. Hatcher, & R.N. Bhagat. (2007). Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a National Study, *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 4, 306-316.
- Λαμπριανίδου, Α. (2001). Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού ψυχιατρικών μονάδων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και του Αιγινητείου Νοσοκομείου, Διπλωματική εργασία Μεταπτυχιακό πρόγραμμα κλινικής ψυχολογίας Φ.Π.Ψ. του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Leiter, M. P. (1993). *Burnout as a developmental process: consideration of models*. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, 237-250. London: Taylor & Francis.
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Luban, R.J. (1997). Break the Burnout Cycle [www. choicepoints. Com](http://www.choicepoints.Com).

- Lynch, S., Folkins, C. H. & Wilmore, J. H. (1973). Relationships between three mood variables and physical exercise. *Unpublished data*.
- Macan, T. H. (1994). Time management: test of process model. *Journal of Applied Psychology*, 79, 381-391.
- Makavelou, P., Michalopoulou, M. Makavelou, S., Ifantidou, G., Kourtesis, T. & Zetou E. (2005). Age and gender effects on physical activity in Greek adults. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 3 (2), 176-186.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (manual)*, 2nd ed. Palo Alto. Consulting Psychologists Press, California.
- Melamed, S. A. Shirom, S. Toker, & I. Shapira. (2006). Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons, *Psychosom. Med.*, 68, 863-869.
- Mika, Kivimäki, Päivi Leino-Arjas, Ritva Luukkonen, Hilikka Riihimäki, Jussi Vahtera, & Juhani Kirjonen (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325, 857.
- Miranda, H., Viikari-Juntura, E., Heistaro, S., Heliövaara, M. & Riihimäki, H. (2005). A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus non specific shoulder pain without clinical findings. *American Journal of Epidemiology* 161, 847-855.
- Μεγαλοικονόμου, Θ. (1995). Λέρος: Από τις ιαχές του θριάμβου στον πανικό της κατάρρευσης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 51, 66-74.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (1997). Το σύνδρομο της κοπώσεως στις δομές της ψυχοκινωνικής αποκατάστασης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 56, 12-20.

Μπραζιώτη, Χ. (2003). *Η επαγγελματική εξουθένωση. οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και οι προσδοκίες της γενικευμένης αυτο - αποτελεσματικότητας σε επαγγελματίες της ψυχικής υγείας σε δημόσιες δομές του Νομού Αττικής*, Διπλωματική εργασία, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα κλινικής ψυχολογίας Φ.Π.Ψ. του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ουζούνη, Χ. (2004). Το στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα, *Νοσηλευτική*, 43(3), 297-303.

Ουζούνη, Χ. (2005). Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας, *Νοσηλευτική*, 44(3), 355-363.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.

Public Health Agency of Canada (2004). *The business case for active living at work*. Retrieved May 15, 2007, from http://www.phac-aspc.gc.ca/pauuap/fitness/work/why_e.html.

Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.

Pines, A. M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes nad cures*. New York: Free Press.

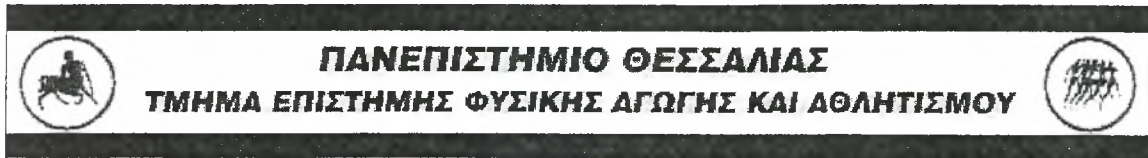
Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), 386-403. New York: Free Press.

- Plante, T. G., & Robin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: research and reviews*, 9, 3-24.
- Potter, B.A. & Orfali, S.J. (1994). *Finding a Path with a Heart: How to Go from Burnout to Bliss*, Ronin Publishing, Berkeley, Ca.
- Potter, B.A. (1995). *Preventing Job Burnout: Transforming Work Pressures into Productivity*, Crisp Publication, California.
- Poissonnet, C. M., & Veron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 13-23.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδημητρίου, Μ., Β. Γιαννόπουλου, & Α. Καραγιαννοπούλου (2002). Οι Επιπτώσεις Του Επαγγέλματος Στη Διατροφή Του Νοσηλευτικού Προσωπικού, *Νοσηλευτική*, 41(3), 329-336.
- Παπαναγοπούλου, Γ. (2006). Η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού και η συσχέτιση της με τη φυσική και ψυχική ευεξία, *πρακτικά του 7^{ου} πανελληνίου Συνεδρίου των Νοσηλευτών –Τριών ΕΣΥ*.
- Ragland, D. R. (1977). *Behavioral approaches to the treatment of hypertension: a bibliography (Publication No. NIH 77-1219m)*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Rees, D. W. & Cooper, C. L. (1991). A criterion orientated validation study of the OSI outcomes measures on a sample of health service employees. *Stress Medicine*, 7, (2), 125-127.
- Schaufeli, B.W., & Buunk, P.B. (1996). *Professional burnout*. In M.J. Schabracg, J.A.M. Winnubst and Cooper, C.L. (eds), *Handbook of work and health psychology*, 311-146), New York Wiley & Sons.

- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry, *Psychological Bulletin*; 130 (4), 601-630.
- Siefert, K. Jayaratne, S. & Chess, WA. (1991). Job Satisfaction, burnout and turnover in health care workers. *Health care workers*, 16, 193-202.
- Soares, J. J. F. & Jablonska, B. (2004). Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *European Journal of Pain* 8, 79-89.
- Sutherland, V. J. & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall.
- Sutherland, V. J. & Cooper, C. L. (1992). Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of the new contract. *British Medical Journal*, 304, 1545-1548.
- Sutherland, V. J. & Cooper, C. L. (2003). *De-stressing doctors: A self-management guide*. Butterworth-Heinemann: London.
- Σιουρούνη, Ε., Μ. Θεοδώρου, & Π. Χονδρός (2006). Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης, *Επιθεώρηση υγείας*, 17, 99, 31-35.
- Taylor, S. E., (1995). *Health Psychology (3rd edn)*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Travers, C. J., & Cooper, C. L., (1996). Teachers under pressure-stress in the teaching profession. London: Routledge.
- Tyler, P. & Cushway, D. (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99-107.

- Τικταπανίδου, Α. (2002). Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Έλληνες Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας: Θεωρητικές και Πρακτικές Προσεγγίσεις Ε.Π.Α.Ψ.Υ.:Αθήνα
http://www.epapsy.gr/httpdocs/burnout/burnout_2002.
- Τουλούμης, Χ., Μανηφάβας, Α., Ζουμβρούλη, Α., Μάτσα, Κ., Παντέ, Β., Πανέτας, Κ., Κόντης, Κ., & Βερβενιώτης, Σ. (1991). Μελέτη δεικτών εργασιακού στρες και ψυχικής υγείας στον χώρο του Ψ.Ν.Α. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 36, 16-20.
- Τούντας, Γ. (2008). Το ιδανικό, το εφικτό, το κοινωνικά αναγκαίο, *1ου επιστημονικού συνέδριο με θέμα «Υγιεινή και ασφάλεια στους τομείς της υγείας*. Διοργανωτές Επιμελητήριο Μαγνησίας, Νοσοκομείο Βόλου και Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας Εργαζομένων Νοσοκομείου Βόλου.
- Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.
- Wager, N., Fieldman, G. & Hussey, T. (2003). The effect on ambulatory blood pressure of working under favourably and unfavourably perceived supervisors, *Occup. Environ. Med.*, 60, 468 – 474.
- Wetherall, M. (2002). Not to be sneezed at. *The Psychologist*, 15 (6), 305.
- World Health Organization (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices. Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health, Geneva.
- WHO/Benefits of physical activity (2006). Διατίθεται στην ιστοσελίδα: www.who.int/entity/moveforhealth/advocacy/information_sheets/benefits/en.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΟΔΗΓΙΕΣ

Στα παρακάτω ερωτηματολόγια υπάρχουν κάποιες προτάσεις, οι οποίες αφορούν την εργασία σας και το επίπεδο φυσική σας δραστηριότητας.

Παρακαλώ διαβάστε με προσοχή τα παρακάτω ερωτηματολόγια και απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή **ειλικρίνεια**.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η **προσωπική σας άποψη**.

Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Απαντήστε **αυθόρμητα**.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο** και οι απαντήσεις σας θα είναι **απόλυτα εμπιστευτικές**.

Παρακαλώ είναι εξαιρετικά σημαντικό να **απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

1. Φύλο: Άντρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία:.....
3. Οικογενειακή κατάσταση:
Έγγαμος/η: ☐ Άγαμος/η: ☐ Διαζευγμένος/η: ☐ Χήρος/α: ☐
4. Θέση εργασίας:.....
5. Μορφωτικό επίπεδο: Υποχρεωτική εκπαίδευση ☐
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ☐
ΤΕΙ ☐
ΑΕΙ ☐
Μεταπτυχιακό ☐
Διδακτορικό ☐
6. Σχέση εργασίας: Πλήρη απασχόληση ☐ Μερική απασχόληση ☐
7. Πόσα χρόνια έχετε σε αυτήν τη θέση;
8. Πόσα χρόνια συνολικής υπηρεσίας έχετε;
9. Καπνίζετε; Ναι ☐ Όχι ☐
10. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;
1-10 ☐ 10-20 ☐ Περισσότερα ☐
11. Καταναλώνεται αλκοόλ; Ναι ☐ Όχι ☐
12. Εάν ναι, πόσα ποτά την εβδομάδα;
1-2 ποτά ☐ 3-5 ποτά ☐ Περισσότερα ☐
13. Τωρινό βάρος:.....Kg Ύψος:cm
Μέγιστο βάρος:.....Kg Ελάχιστο βάρος:.....Kg
14. Ποια από τα παρακάτω γεύματα ακολουθείτε συνήθως; Πρωινό ☐
Δεκατιανό ☐ Μεσημεριανό ☐ Απογευματινό ☐ Βραδινό ☐
15. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε κόκκινο κρέας;
16. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε Φρούτα/λαχανικά;
Καθόλου ☐ Πού και που ☐ Μέρα παρά μέρα ☐
17. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμα φαγητά;.....
18. Βρίσκετε χρόνο για να χαλαρώσετε;

Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach)

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από προτάσεις που αναφέρονται στο πως μπορεί να νιώθει κάποιος στην εργασία του. Παρακαλούμε σημειώστε ένα (✓) κάτω από τον αριθμό εκείνο που αντιστοιχεί στην συχνότητα που σας αντιπροσωπεύει. Η επεξήγηση δίνεται παρακάτω.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ:

0	1	2	3	4	5	6							
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα							
							0	1	2	3	4	5	6
1) Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου													
2) Νιώθω άδειος/α, και εξαντλημένος/η στο τέλος της εργάσιμης μέρας													
3) Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια μέρα ακόμη στη δουλειά μου													
4) Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν													
5) Αισθάνομαι ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα													
6) Το να εργάζομαι με ανθρώπους όλη μέρα αποτελεί πίεση για μένα													
7) Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου													
8) Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η εξαιτίας της δουλειάς μου													
9) Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου													
10) Έγινα σκληρότερος προς τους ανθρώπους από τότε που είμαι σ' αυτή τη δουλειά.													
11) Ανησυχώ ότι η δουλειά αυτή σιγά-σιγά συναισθηματικά με σκληραίνει													
12) Νιώθω εξαιρετικά δραστήριος, γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα													
13) Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου													
14) Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου													
15) Στην ουσία, δεν μ' ενδιαφέρει πραγματικά για το τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ασθενείς μου													
16) Το να κάνω μια εργασία που με φέρνει σε άμεση σχέση με ανθρώπους μου προκαλεί υπερβολικό άγχος													
17) Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου													
18) Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου													
19) Νιώθω ότι έχω επιτύχει πολλά αξιοσημείωτα πράγματα στη δουλειά αυτή													
20) Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι													
21) Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου													
22) Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους													

Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (IPAQ)

Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε για τα είδη των σωματικών δραστηριοτήτων που κάνουν οι άνθρωποι σαν κομμάτι της καθημερινής τους ζωής. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται αναφέρονται στον χρόνο που καταναλώσατε σε σωματικές δραστηριότητες τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Οι έντονες σωματικές δραστηριότητες αναφέρονται σε δραστηριότητες που απαιτούν σκληρή σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε πολύ πιο έντονα από το κανονικό. Οι δραστηριότητες μέτριας έντασης χρειάζονται μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε λίγο πιο έντονα από το κανονικό.

Μέρος 1: Φυσικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία **Εργασία (επαγγελματική απασχόληση) και φυσική δραστηριότητα**

1. Το τρέχον χρονικό διάστημα εργάζεστε ή κάνετε κάποια μη αμειβόμενη εργασία εκτός σπιτιού;
_____ ΝΑΙ
_____ ΟΧΙ (περάστε στο 2^ο μέρος)
2. Στις **τελευταίες 7 ημέρες**, πόσες ημέρες κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες όπως σήκωμα βαριών αντικειμένων, σκάψιμο, δουλειά σε οικοδομή, ή ανέβασμα σκάλας ως κομμάτι της δουλειάς σας; Σκεφτείτε μόνο εκείνες τις σωματικές δραστηριότητες που κάνατε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα.
_____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε έντονη σωματική δραστηριότητα που να σχετίζεται με την εργασία (Περάστε στην ερώτηση 4).
3. Πόσο χρόνο καταναλώνετε συνήθως σε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας έντονες σωματικές δραστηριότητες ως μέρος της εργασίας σας;
_____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα
4. Στις **τελευταίες 7 ημέρες**, πόσες ημέρες κάνατε σωματικές δραστηριότητες μέτριας έντασης ως μέρος της δουλειάς σας; Παρακαλούμε μην συμπεριλάβετε το περπάτημα.
_____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης που να σχετίζεται με την εργασία (Περάστε στην ερώτηση 6)
5. Πόσο χρόνο καταναλώνετε συνήθως σε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας σωματικές δραστηριότητες μέτριας έντασης ως μέρος της εργασίας σας;
_____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα

6. Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες μέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα ως μέρος της εργασίας σας; Παρακαλώ μην υπολογίσετε το περπάτημα που κάνατε για την μετακίνηση σας προς και από την εργασίας σας.
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα
- _____ Δεν έγινε περπάτημα που να σχετίζεται με την εργασία (Περάστε στο Μέρος 2: Μετακίνηση)
7. Πόσο χρόνο καταναλώσατε περπατώντας ως μέρος της εργασίας σας κάθε μία από αυτές τις ημέρες;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
- _____ Λεπτά ανά ημέρα

Μέρος 2: Φυσική δραστηριότητα και μετακίνηση

8. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών πόσες μέρες χρησιμοποιήσατε ένα μέσο μεταφοράς όπως τρένο, λεωφορείο, αυτοκίνητο ή τραμ;
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα
- _____ Δεν υπήρξε μετακίνηση με μέσο μεταφοράς (Περάστε στην ερώτηση 10)
9. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες μετακινούμενος με αυτοκίνητο, λεωφορείο, τρένο ή κάποιο άλλα είδους μέσο μεταφοράς;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
- _____ Λεπτά ανά ημέρα
10. Τις τελευταίες 7 ημέρες πόσες μέρες κάνατε ποδήλατο για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα έτσι ώστε να μετακινηθήκατε από ένα μέρος στο άλλο;
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα.
- _____ Δεν χρησιμοποιήθηκε ποδήλατο για μεταφορά από ένα μέρος σε άλλο. (περάστε στην ερώτηση 12)
11. Πόσο χρόνο καταναλώσατε σε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας ποδήλατο για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα από το ένα μέρος στο άλλο;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
- _____ Λεπτά ανά ημέρα
12. Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες μέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα για να μετακινηθείτε από ένα μέρος σε άλλο;
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα.
- _____ Δεν υπήρξε περπάτημα από ένα μέρος σε άλλο (περάστε στο Μέρος 3)
13. Πόσο χρόνο καταναλώσατε την κάθε ημέρα για να περπατήσετε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα από ένα μέρος στο άλλο;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
- _____ Λεπτά ανά ημέρα

Μέρος 3: Δουλειές του σπιτιού, συντήρηση και φροντίδα για την οικογένεια

14. Σκεφτείτε μόνο εκείνες τις σωματικές δραστηριότητες που κάνατε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα. **Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες** κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες όπως σήκωμα βαριών αντικειμένων, κόψιμο ξύλων, σκάψιμο, φτυάρισμα χιονιού ή σκάψιμο στον κήπο ή την αυλή;
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα.
_____ Δεν υπήρξε έντονη δραστηριότητα στον κήπο ή στην αυλή. (Περάστε στην ερώτηση 16)
15. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας έντονες σωματικές δραστηριότητες στον κήπο ή στην αυλή;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα
16. Τις **τελευταίες 7 ημέρες**, πόσες ημέρες κάνατε μέτριες σε ένταση σωματικές δραστηριότητες όπως μεταφορά ελαφριών φορτίων, σκούπισμα, καθάρισμα παραθύρων και τσουγκράνισμα. στον κήπο ή στην αυλή; (Εύρος: 0-7)
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε μέτριας έντασης δραστηριότητα στον κήπο ή στην αυλή (Περάστε στην ερώτηση 18)
17. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας μέτριες σε ένταση σωματικές δραστηριότητες στον κήπο ή στην αυλή;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα
18. Τις **τελευταίες 7 ημέρες**, πόσες κάνατε μέτριες σε ένταση σωματικές δραστηριότητες όπως το κουβάλημα ελαφρών φορτίων, καθάρισμα παραθύρων, βούρτσισμα πατωμάτων και σκούπισμα μέσα στο σπίτι σας ;
- _____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε μέτριας έντασης δραστηριότητα μέσα στο σπίτι (Περάστε στο 4^ο Μέρος)
19. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες κάνοντας μέτριες σε ένταση σωματικές δραστηριότητες μέσα στο σπίτι σας;
- _____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα

Μέρος 4. Αναψυχή, σπορ και φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο

20. Χωρίς να υπολογίσετε το περπάτημα που έχετε ήδη αναφέρει τις **τελευταίες 7 ημέρες** πόσες μέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα στον ελεύθερο σας χρόνο;

- ☐ Ημέρες ανά εβδομάδα
☐ Δεν υπήρξε περπάτημα στον ελεύθερο σας χρόνο (Περάστε στην ερώτηση 22)
21. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες περπατώντας στον ελεύθερο σας χρόνο;
- ☐ Ώρες ανά ημέρα
☐ Λεπτά ανά ημέρα
22. Τις τελευταίες 7 ημέρες πόσες ημέρες κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες όπως αερόμπικ, τρέξιμο, γρήγορο ποδήλατο ή γρήγορο κολύμπι. στον ελεύθερο σας χρόνο;
- ☐ Ημέρες ανά εβδομάδα
☐ Δεν υπήρξε έντονη δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο (Περάστε στην ερώτηση 24)
23. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες σε έντονες σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο σας χρόνο;
- ☐ Ώρες ανά ημέρα
☐ Λεπτά ανά ημέρα
24. Στις τελευταίες 7 ημέρες πόσες ημέρες κάνατε μέτριες σε ένταση σωματικές δραστηριότητες όπως ποδήλατο σε κανονικό ρυθμό, κολύμπι σε κανονικό ρυθμό, και διπλό παιχνίδι τένις στον ελεύθερο σας χρόνο;
- ☐ Ημέρες ανά εβδομάδα
☐ Δεν υπήρξε μέτριας έντασης δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο. (Περάστε στην ερώτηση 24)
25. Πόσο χρόνο καταναλώσατε κάθε μία από αυτές τις ημέρες σε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο σας χρόνο;
- ☐ Ώρες ανά ημέρα
☐ Λεπτά ανά ημέρα

Μέρος 5: Χρόνος που καταναλώσατε καθισμένοι

26. Στις τελευταίες 7 ημέρες πόσες ώρες περάσατε καθισμένοι την κάθε εργάσιμη ημέρα;
- ☐ Ώρες ανά ημέρα
☐ Λεπτά ανά ημέρα
27. Τις τελευταίες 7 ημέρες πόσο χρόνο περάσατε καθισμένοι είτε το Σάββατο είτε την Κυριακή;
- ☐ Ώρες ανά ημέρα
☐ Λεπτά ανά ημέρα

Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (ΙΡΑΟ)
Σύντομη Προσωπική Αναφορά

Παρακαλούμε σκεφτείτε τις δραστηριότητες που κάνετε στην εργασίας σας, σαν κομμάτι της δουλειάς που κάνετε στο σπίτι και στην αυλή, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για αναψυχή, άσκηση ή άθληση. Σκεφτείτε όλες τις έντονες φυσικές δραστηριότητες που κάνατε τις τελευταίες 7 ημέρες. Οι έντονες φυσικές δραστηριότητες αναφέρονται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη φυσική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε πολύ πιο έντονα από το κανονικό. Σκεφτείτε μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα τη φορά.

1. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε έντονες φυσικές δραστηριότητες όπως σήκωμα βαριών αντικειμένων, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή γρήγορη ποδηλασία;
_____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε καμία έντονη φυσική δραστηριότητα (Περάστε στην ερώτηση 3).

2. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως συμμετέχοντας σε έντονες φυσικές δραστηριότητες σε μια από αυτές τις ημέρες;
_____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα

Σκεφτείτε όλες τις δραστηριότητες μέτρια έντασης που κάνατε τις τελευταίες 7 ημέρες. Οι μέτριες φυσικές δραστηριότητες αναφέρονται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε λίγο πιο έντονα από το κανονικό. Σκεφτείτε μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα τη φορά.

3. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε μέτριες έντασης δραστηριότητες όπως μεταφορά ελαφριών φορτίων, ποδηλασία σε κανονικό ρυθμό ή διπλό αγώνα τένις; Παρακαλούμε μην συμπεριλάβετε το περπάτημα.
_____ Ημέρες ανά εβδομάδα
_____ Δεν υπήρξε δραστηριότητα μέτριας (Περάστε στην ερώτηση 5)

4. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως συμμετέχοντας σε μέτριες έντασης φυσικές δραστηριότητες σε μια από αυτές τις ημέρες;
_____ Ώρες ανά ημέρα
_____ Λεπτά ανά ημέρα

Σκεφτείτε το χρόνο που καταναλώσατε περπατώντας τις τελευταίες 7 ημέρες. Αυτό περιλαμβάνει περπάτημα στην εργασία και στο σπίτι, περπάτημα για μετακίνηση από μέρος σε μέρος και περπάτημα που μπορεί να κάνατε μόνο για αναψυχή, άθληση, άσκηση ή στον ελεύθερο χρόνο σας.

5. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10

λεπτά συνεχόμενα;

_____ Ημέρες ανά εβδομάδα

_____ Καθόλου περπάτημα (Περάστε στην ερώτηση 7)

6. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως περπατώντας σε μια από αυτές τις ημέρες;

_____ Ώρες ανά ημέρα

_____ Λεπτά ανά ημέρα

Η τελευταία ερώτηση αφορά στο χρόνο που καταναλώσατε καθισμένοι τις εργάσιμες ημέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών. Συμπεριλάβετε την ώρα που περάσατε καθιστοί στη δουλειά, στο σπίτι, μελετώντας και κατά τον ελεύθερο χρόνο σας. Αυτό μπορεί να συμπεριλάβει χρόνο που καθίσατε σε γραφείο, σε επίσκεψη σε φίλους, για διάβασμα ή χρόνο που καθόσασταν ή ήσασταν ξαπλωμένοι βλέποντας τηλεόραση.

7. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένοι την κάθε εργάσιμη ημέρα;

_____ Ώρες ανά ημέρα

_____ Λεπτά ανά ημέρα